110017

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXVIIIe SESSION

BRUXELLES, 1er-7 AOUT 1924

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXVIIIe SESSION
BRUXELLES, 1er-7 AOUT 1924

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

Le Docteur Auguste LEY

Secrétaire général du Congrès



110,817

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1924



PRÉLIMINAIRES

HAUT PATRONAGE

LL. MM. le Roi et la Reine des Belges.

PRÉSIDENTS D'HONNEUR

Son Eminence le Cardinal MERCIER, Archevêque de Malines.
M. MASSON, Ministre de la Justice.
M. POULLET, Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène.
M. le Prof. NOLF, Ministre des Sciences et des Arts.
M. Adolphe MAX, Ministre d'Etat et Bourgmestre de Bruxelles.
M. Maurice HERBETTE, Ambassadeur de France.
M. Frédéric BARBEY, Ministre de Suisse.
Le Comte DE MARCHANT ET D'ANSEMBOURG, Chargé d'affaires du Grand-Duché de Luxembourg.
Le Baron E. DE BECO, Gouverneur du Brabant.
M. Henry DOM, Directeur général du Service de la Bienfaisance au Ministère de la Justice.
M. Charles DIDION, Directeur général au Ministère de la Justice, Membre du Comité directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire.
M. le Prof. BRACHET, Recteur de l'Université de Bruxelles.
Mgr LADEUZE, Recteur de l'Université de Louvain.
M. le Prof. DEPAGE, Président de la Faculté de Médecine de Bruxelles, et de la Croix-Rouge de Belgique.
M. J. SERVAIS, Procureur général près la Cour d'Appel de Bruxelles, Professeur de Droit pénal à l'Université de Bruxelles.
M. M. BENOIDT, Président du Tribunal de Première Instance, Vice-Président de la Ligue Belge d'Hygiène Mentale.
M. le Général Docteur WILMAERS, Inspecteur général du Service de Santé de l'Armée belge.

BUREAU DU CONGRÈS

Présidents : M. le Dr Z. GLORIEUX, Inspecteur Général des Etablissements pour anormaux et malades mentaux du Royaume de Belgique ;

M. le Dr E. DE MASSARY, Médecin des Hôpitaux de Paris, Ancien Président de la Société de Neurologie de Paris.

Vice-Président : M. le Docteur ANGLADE, Médecin en chef de l'Asile de Château-Picon (Bordeaux).

Secrétaire général : M. le Docteur Auguste LEY, Professeur de psychiatrie à l'Université de Bruxelles.

Secrétaires des séances : M. le Docteur Marcel ALEXANDER ; M. le Docteur FREY ; M. le Docteur BOREL ; Jacques LEY.

COMITÉ PERMANENT DU CONGRÈS

M. le Docteur ANGLADE (de Bordeaux) ;
M. le Docteur KLIPPEL (de Paris) ;
M. le Docteur LALANNE (de Nancy) ;
M. le Docteur Aug. LEY (de Bruxelles) ;
M. le Docteur Henry MEIGE (de Paris) ;
M. le Docteur SEMELAIGNE (de Paris) ;

Secrétaire permanent : M. le Docteur René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine).

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

American Psychiatric and Neurological Associations: Dr Smith Ely JELLIFE (New-York).

BELGIQUE

Gouvernement belge : M. F. MASSON, Ministre de la Justice ; M. POULLET, Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène ; M. le Prof. NOLF, Ministre des Sciences et des Arts ; M. Adolphe MAX, Ministre d'Etat, Bourgmestre de Bruxelles.

Société de Médecine Mentale de Belgique : Dr DE CRAENE, président.

Société de Neurologie : Dr van der VLOET, président.

Croix-Rouge de Belgique : M. le Sénateur FRANÇOIS, Mme FRANÇOIS, M. le Directeur général DRONSART.

GRANDE-BRETAGNE

Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland : Sir Frederick MOTT, K.B.E.

CANADA

Province de Québec : Dr Albert BROUSSEAU, professeur de clinique psychiatrique à l'Université Laval de Québec.

DANEMARK

Faculté de Médecine de l'Université de Copenhague: Dr August WIMMER, professeur de psychiatrie à l'Université de Copenhague.

ESPAGNE

Société de Psychiatrie et de Neurologie de Barcelone : Dr BELARMINO RODRIGUEZ ARIAS, secrétaire de la Société, professeur-adjoint à la Faculté de Médecine de Barcelone.
Academia y Laboratori de Ciencies Médiques de Cataluña : Dr SALVADOR VIVES, vice-président.

FRANCE

Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts : Dr Jean LÉPINE, Professeur de Neuro-psychiatrie et Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon.
Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales : M. l'Inspecteur Général RONDEL, Secrétaire Général du Conseil Supérieur de l'Assistance publique.
Ministère de la Guerre : M. le Médecin-Major de 1re Classe CAZANOVE, du 3e Régiment d'Infanterie Coloniale.
Ministères des Colonies et de la Marine : M. le Médecin de 1re Classe HESNARD, professeur à l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine à Bordeaux.
Conseil Général de la Seine : Dr CALMELS, MM. CHAUSSE et Paul FLEUROT, conseillers généraux.
Préfecture du Département de la Seine : Dr CAPGRAS, président de la Société Médicale des Asiles de la Seine.
Commission de Surveillance des Asiles de la Seine : M. RAIGA, Directeur honoraire de la Préfecture de la Seine.
Société clinique de Médecine Mentale : MM. LAIGNEL-LAVASTINE, vice-président, Henri COLIN, secrétaire général, CAPGRAS, DUPAIN et SEMELAIGNE.
Société Médico-psychologique : MM. ROUBINOVITCH, vice-président, Henri COLIN, secrétaire général, René CHARPENTIER et MIGNARD, secrétaires, MM. ARNAUD, BRIAND et Th. SIMON.
Société de Médecine Légale : M. le Dr BRIAND.
Société de Neurologie de Paris : MM. O. CROUZON, président, Henry MEIGE, secrétaire général, BEHAGUE, secrétaire, et JUMENTIE.
Société de Psychiatrie de Paris : MM. SEMELAIGNE, président, LAIGNEL-LAVASTINE, secrétaire général et ARNAUD.
Société française de Psychologie : MM. PIÉRON, SOLLIER et René CHARPENTIER.
Société médicale des Hôpitaux de Paris : MM. SICARD et GUILLAIN.

HOLLANDE

Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie : Dr W. M. van der Scheer et Dr P. Westerhuis.

ITALIE

Società italiana di Neurologia : M. le Prof. Arturo Donaggio (Modena).

LUXEMBOURG

Gouvernement Grand-ducal : Comte de Marchant et d'Ansembourg, chargé d'affaires ; Dr Eloi Welter (Ettelbrück).

POLOGNE

Faculté de Médecine de Varsovie : Dr K. Orzechowski, Professeur de psychiatrie à la Faculté.

SUISSE

Société Suisse de Neurologie : Dr Schnyder (Berne), président.

Société Suisse de Psychiatrie : Dr Repond, président.

MEMBRES ADHÉRENTS

Dr ABADIE, Jean, Professeur à la Faculté de Médecine, 3, rue des Trois-Conils, Bordeaux.

Dr ADAM, Frantz, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr ALEXANDER, Marcel, Médecin-adjoint du Service psychiatrique de l'Hôpital St-Jean, à Bruxelles, 52, rue Wiertz.

Dr ALLAMAGNY, 161, rue de Charonne, Paris.

Dr AMELINE, Marius, Médecin-Directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

Dr ANDRÉ-THOMAS, médecin en chef de l'Hôpital Saint-Joseph, 17, rue Quentin-Bauchard, Paris.

Dr ANGLADE, Médecin-Chef de l'Asile d'Aliénés de Château-Picon, Bordeaux (Gironde).

Dr ANTHEAUME, André, Directeur de l'*Encéphale*, Paris, 6, rue Scheffer (16e).

Dr ARMAN, Sixto, d'Oviedo (Espagne).

Dr ARNAUD, F.-L., Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Vanves (Seine), 2, rue Falret.

Dr ASTROS (D'), Boulevard du Musée, 18, Marseille.

Dr AUBRY, Edmond, Médecin en chef de l'asile de Maréville près Nancy.

Dr AUDEMARD, Médecin des asiles, Inspecteur des Maisons de santé, 243, avenue de Saxe, Lyon.

Dr BARRE, Jean-Alexandre, Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine, 36, rue de la Forêt-Noire, Strasbourg.

Dr BARUK, Jean, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Sainte-Gemmes près Angers (Maine-et-Loire).

Dr BEAUSSART, Médecin de l'Asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre).

Dr BEHAGUE, Pierre, Chef de Laboratoire à la Salpêtrière, 1, rue de Villersexel, Paris (7e).

Dr BÉRILLON, 4, rue de Castellane, Paris.

Dr BEYERMAN, Santpoort (Hollande).

Dr BILLET, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Rech (Pont-St-Côme), Montpellier (Hérault).

Dr Borel, 11, quai aux Fleurs, Paris.

Dr Borel, Ed., Médecin-Directeur de l'Hospice Cantonal de Perreux-sur-Boudry, canton de Neuchâtel (Suisse).

Dr Borremans, Médecin-adjoint à l'établissement pour maladies mentales à Mortsel (Belgique).

Dr Boulenger, Max, Médecin-Directeur de la Ferme-Ecole de Waterloo (Belgique).

Dr Bour, Louis, Médecin-Directeur du Sanatorium de la Malmaison, à Rueil (Seine-et-Oise).

Dr Bremer, assistant et agrégé de physiologie à l'Université de Bruxelles, rue des Drapiers, 66.

Dr Briand, Marcel, Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine, 67, Boulevard des Invalides, Paris (7e).

Dr Brissot, Maurice, Médecin-Directeur de l'Asile d'Aliénés de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr Brousseau, Albert, Professeur de psychiatrie à l'Université Laval, Québec (Canada).

Dr Brunschweiler, Herman, 6, Place Saint-François, Lausanne.

Dr Buffet, Lucien, Médecin-Directeur de l'Asile d'Aliénés d'Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr Callet (A.), La Métairie, Nyon (Suisse).

Dr Callewaert, 36, rue de l'Aqueduc, Bruxelles.

Dr Calmels, Conseiller général de la Seine, 22, avenue des Gobelins, Paris (5e).

Dr Capgras, Médecin en chef des asiles de la Seine, Paris.

Dr Cazanove, Médecin-Major de Première Classe, 3e Régiment d'infanterie Coloniale, Rochefort (Charente-Inférieure).

Dr Charon, Pierre, Castel d'Andorte, Le Bouscat, Bordeaux (Gironde).

Dr Charon, René, Médecin Directeur de l'Etablissement Départemental de Dury-lez-Amiens (Somme).

Dr Charpentier, René, Ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, Médecin Directeur de la Maison de Santé, 6, Boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine (Seine).

Dr Chartier (Mme le), 12, rue Boileau, Paris (16e).

Dr Charuel, Droyes par Montiérender (Haute-Marne).

Dr Chocreaux, Médecin en Chef, Maison de Santé de Lommelet, Saint-André-lez-Lille (Nord).

Dr Christiaensen, Viggo, Professeur à la Faculté de Médecine de Copenhague.

Dr Christin, Edouard, Privat-Docent de Neurologie, 2, Tour de l'Ile, Genève (Suisse).

Dr CHRISTOFFEL, Hans, Membre de la Société suisse de Psychiatrie, 42, Allanvorstadt, Bâle.

Dr CLERFAYT, Médecin Directeur de l'Etablissement de l'Etat pour maladies mentales à Mons (Belgique).

Dr COLIN, Henri, Médecin en Chef du Service de l'Admission, Asile Clinique, 1, rue Cabanis, Paris (14e).

Dr COLLET, Georges, Médecin Directeur de la Clinique Médicale, 6, Avenue des Marronniers à Fontenay-sous-Bois (Seine).

Dr COMBEMALE, Pierre, Professeur Agrégé, Chef de Clinique psychiatrique, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr CORCKET, Médecin Chef de l'Asile du Bon Sauveur à Caen (Calvados).

Dr CORNIL, Lucien, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine, 2 *bis*, rue Girardet, Nancy.

Dr COURBON, Paul, Médecin-Chef de l'Asile de Stéphansfeld par Brumath (Bas-Rhin).

Dr CROCQ, Jean, Professeur de Psychiatrie à l'Université de Gand, 62, rue Joseph II, Bruxelles.

Dr CROUZON O., Médecin chef de Service à la Salpêtrière, 70 *bis*, Avenue d'Iéna à Paris (16e).

Dr CULLERRE, Alexandre, Directeur-Médecin Honoraire des Asiles d'Aliénés, 14, rue de Bouillé, Nantes.

Dr DADAY, Pierre, Directeur-Médecin de l'Asile d'Aliénés de Navarre près d'Evreux (Eure).

Dr DARDENNE, Médecin-adjoint à l'établissement pour maladies mentales, à Dave (Belgique).

Dr DE BLOCK, Léon, Médecin de l'Etablissement de Volière, 23, boulevard Frère-Orban, Liège.

Dr DECKX, Médecin en Chef de la Clinique psychiatrique de l'Hôpital Stuyvenberg, 1, rue d'Argile à Anvers.

Dr DE CRAENE, Ernest, Agrégé à l'Université, 4, rue Watteu, Bruxelles.

Dr DECROLY, Professeur à l'Université de Bruxelles, Vossegat 2, Uccle.

Dr DE JONGHE, Médecin en Chef de l'Etablissement de St-Trond (Belgique).

Dr DELAUNOIS, Directeur de l'Etablissement de Bon-Secours à Péruwelz (Hainaut).

Dr DEMOOR, Jean, Professeur à l'Université de Bruxelles, 61, rue Belliard, Bruxelles.

Dr Deroitte, Victor, Inspecteur-Adjoint des établissements pour malades mentaux de Belgique, 192, avenue Albert, Bruxelles.

Dr de Roubaix, Médecin en Chef de l'établissement St-Charles à Froidmont-lez-Tournai (Belgique).

Dr Desloges, Québec (Canada).

Dr de Smedt, Michel, Médecin en Chef de l'Hospice St-Jérôme à St-Nicolas-Waes (Belgique).

Dr de Smedt, Edmond, Médecin-adjoint de l'Hospice St-Jérôme à St-Nicolas-Waes (Belgique).

Dr d'Hollander, Fernand, Professeur de Psychiatrie à l'Université de Louvain, 80, rue Vital De Coster.

Dr Desruelles, Maurice, Médecin Chef de l'Asile de St-Ylie (Jura).

Dr Donaggio, Professeur à l'Université de Modène.

Dr Duchateau, Médecin en Chef de l'Etablissement Caritas à Melle (Belgique).

Dr Dupain, Médecin en Chef Honoraire des Asiles de la Seine, 5, Boulevard St-Michel, Paris (5e).

Dr Dupouy, Roger, 15, Villa du Bel-Air, Paris (12e).

Dr Dutil, 11, Boulevard Gambetta, Nice.

Dr Dyckmans, Médecin en Chef de l'Etablissement de Brecht (Belgique).

Dr Eissen, Jean, Médecin de l'Asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin).

Dr Enderle, Médecin des Hôpitaux, rue Le Corrège, 23, Bruxelles.

M. Ensch, administrateur des établissements pénitentiaires à Luxembourg.

Dr Euziere, Jules, Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier (Chemin de Pioch-Boutomet, Villa de Baichis).

Dr Farez, Paul, inspecteur-adjoint des asiles de la Seine, 3, rue La Boëtie, Paris.

Dr Fassou, A., Médecin en Chef de l'Asile de Bégard (Côtes-du-Nord).

Dr Fauvel, Médecin en Chef de l'Asile de Quimper (Finistère).

Dr Fillassier, Alfred, Médecin-Directeur de la Maison de Santé du Château de Suresnes (Seine), 10, Quai Galliéni.

M. Fleurot, Conseiller général de la Seine, Paris.

Dr Flournoy, Henry, Privat-Docent, à la Faculté de Médecine de Genève, 6, rue de Monnetier, Genève.

Dr Forman, Joseph, rue Aldringer, 1, Luxembourg.

Dr Fouque, Médecin en Chef de l'Asile de Pierrefeu (Var).

Dr Fransen, Professeur de psychologie à l'Université de Gand.
Dr Frey, de Paris.
Dr Froment, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine, 25, rue Godefroy, Lyon.
Dr Galet, Médecin de la Prison de Forest-lez-Bruxelles.
Dr Gassiot, Georges, Médecin en Chef de l'Asile de St-Yvon, St-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).
Dr Gauducheau, René, 35, rue Jean-Jaurès, Nantes.
Dr Gelma, 16, rue Appfel, Strasbourg.
Dr Gilles, André, Médecin de l'Asile St-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Glorieux, Zénon, Inspecteur Général des Etablissements pour malades mentaux et anormaux de Belgique, 215, Avenue de Tervueren, Bruxelles.
Dr Greco (del), Médecin Directeur du Manicomio de Aquila (Italie).
Dr Guillain, Professeur de Clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine, 215*bis*, Boulevard St-Germain, Paris (7e).
Dr Guisan, Pierre, Médecin-Neurologue, St-François, 1, Lausanne.
Dr Haemerlinck, Médecin-adjoint à l'Etablissement d'Eecloo (Belgique).)
Dr Hamel, Médecin en Chef de l'Asile de Quatremares près Rouen.
Dr Hamel, Jacques, Médecin de l'Asile de Maréville, près Nancy.
Dr Hartenberg, Paul, 64, rue de Monceau, Paris (8e).
Dr Hautrive, Médecin en Chef de l'établissement St-Martin à Dave (Belgique).
Dr Heger-Gilbert, Fernand, Professeur de Médecine Légale à l'Université de Bruxelles, 82, rue Joseph-Bens, Uccle.
Dr Henry, Marthe, 20 *bis,* rue Daru, Paris.
Dr Hensman, de Madras (Inde).
Dr Hesnard, Professeur à l'Ecole de Médecine Navale, Bordeaux.
Dr Heuyer, Médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale près la Préfecture de Police, 74, Boulevard Raspail, Paris.
Dr Hoedemaekers, Werner, Assistant à la Clinique Psychiatrique de l'Hôpital St-Jean à Bruxelles, 11, Avenue Michel-Ange.
Dr Hoven, Médecin à l'établissement de l'Etat pour maladies mentales et à la Prison, Mons (Belgique).

Dr JELLIFE, Smith-Ely, 64, 56th, W. New-York.
Dr JUMENTIE, 141, Avenue Victor-Hugo, Paris (8e).
Dr KEMP, Eleanor C., Cosmopolitan Club, New-York.
Dr DE KERDREL à Paladru (Isère).
Dr KLIPPEL, 63, Boulevard des Invalides, Paris.
Dr KREBS, 38, rue de Fleurus, Paris.
Dr LADAME, Charles, Privat-Docent à l'Université. Médecin de l'Asile de Rosegg (Soleure) Suisse.
Dr LAFORGUE, René, 1, rue Mignot, Paris.
Dr LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine, 12 *bis*, Place Laborde, Paris (8e).
Dr LALANNE, Médecin Chef de l'Asile de Maréville près Nancy.
Dr LAMMENS, Médecin-adjoint de l'établissement « Ziekhuis » St-Nicolas-Waes (Belgique).
Dr LAMSENS, Médecin à la Colonie de Gheel (Belgique).
Dr LARUELLE, Médecin en Chef du Sanatorium du Fort Jaco à Uccle (Belgique).
Dr LEGENDRE, Paris.
Dr LEGRAIN, Médecin-Chef de l'Asile d'Aliénés de Villejuif (Seine).
Dr LEGRAND, 22, rue Eugène-Manuel, Paris.
Dr LEMAUX, Médecin en Chef de l'Asile de St-Venant (Pas-de-Calais).
Dr LEPINE, Jean, Doyen de la Faculté de Médecine, Lyon, 1, Place Gailleton.
Dr LEROY, Médecin en Chef de l'Asile Ste-Agathe, rue Hemricourt, 30, Liège.
Dr LE ROY des BARRES, Médecin de la Maison de Santé, Epinay-sur-Seine.
Dr LE SAVOUREUX, Henri, Médecin des asiles, La Vallée-aux-Loups, 87, rue de Châteaubriant, Châtenay (Seine).
Dr LEY, Aug., Professeur de psychiatrie à l'Université de Bruxelles, Chef du Service des maladies mentales à l'hôpital St-Jean, 9, Avenue Fond-Roy, à Uccle.
Dr LEY, Rodolphe, Chef des travaux d'anatomie pathologique à l'Université de Bruxelles, Avenue de la Ramée, 10, Uccle.
Dr LIVET, 41, rue Boissy-d'Anglas, Paris, VIIIe.
Dr LOGRE, 18, rue de la Condamine, Paris.
Dr LONG, Professeur à l'Université, 15, Boulevard Helvétique, Genève.
Dr MABILDE, Arthur, Médecin-adjoint à l'établissement pour maladies mentales à Selzaete (Belgique).
Dr MAERE, Médecin en Chef de l'établissement « Le Strop », Place du Marais, 18, Gand.

Dr Manne, Médecin de l'établissement pour maladies mentales de Leuze (Belgique).

Dr Marchal, René, Médecin-neurologue à l'hôpital Militaire, 14, rue van Bemmel, Bruxelles.

Dr Marie, Auguste, Médecin Chef à l'Asile Clinique, 1, rue Cabanis, Paris.

Dr Martin, Paul, Médecin des Hôpitaux, rue du Parnasse, 28, Bruxelles.

Dr de Massary, Ernest, Médecin des Hôpitaux, 59, rue de Miromesnil, Paris.

Dr Massaut, Médecin-Directeur de la Colonie de Lierneux (Belgique).

Dr Maupate, Léon, Médecin Directeur de l'Asile d'Aliénés de Fains-les-Bources (Meuse).

Dr Mayrac, Clinique d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr Meeus, Médecin en Chef de l'Etablissement de Mortsel (Belgique).

Dr Meige, Henry, Professeur à l'Ecole Nationale des Beaux-Arts, Secrétaire général de la Société de Neurologie, 35, rue de Grenelle, Paris.

Dr Mercier, Médecin Chef de l'Asile d'aliénés de Pierrefeu (Var).

Dr Meuriot, Henri, Directeur de la Maison de Santé de Passy, 17, rue Berton, Paris.

Dr Mezie, André, Médecin Directeur de la Maison de Santé de Sarreguemines (Moselle).

Prof. Michotte, de l'Université de Louvain.

Dr Mignard, Médecin en Chef des Asiles de la Seine, Asile de Vaucluse, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Dr Minkowski, Eugène, 2, Square Delambre, Paris, 14e.

Dr Mirallie, Charles, Directeur de l'Ecole de Médecine, 11, rue Copernic, Nantes.

Dr Molin de Teyssieu, Gérard, 14, rue Blanc-Dutrouil, Bordeaux.

Dr Morat, Daniel, Médecin Directeur de la Clinique Neurologique de St-Cloud, 2, Avenue Pozzo di Borgo (Seine-et-Oise).

Dr Nyssen, Médecin de l'établissement de Henri Chapelle à Welkenraedt (Belgique).

Dr Nyssen, René, Médecin-adjoint à la Clinique psychiatrique de l'hôpital Stuyvenberg, Assistant à l'Université de Bruxelles, 62, rue van Schoonbeke, à Anvers.

Dr Olivier, Médecin à l'Asile de Blois (Loir-et-Cher).

Dr Oliviers, Directeur de la colonie-asile de Reckheim (Limbourg).

Dr Ollivier, Médecin Chef de l'Asile de Lehon près Dinan.

Dr Orzechowski, Casimir, Professeur de Neurologie à l'Université de Varsovie, Place Napoleona, 6.

Dr Parant, Victor, Médecin de la maison de santé de St-Cyprien, 17, allées de Garonne, Toulouse.

Dr Paul-Boncour, Georges, Médecin en Chef de l'Institut Médico-Pédagogique de Vitry, Professeur à l'Ecole d'Anthropologie, 164, Faubourg Saint-Honoré, Paris (8e).

Dr Perrens, Charles, Professeur Agrégé, Médecin Chef de la Maison de Santé de Château-Picon à Bordeaux.

Dr Pieron, Directeur du Laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne, 52, Route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise).

Dr Plekhanow-Le Savoureux, Maison de Santé de la Valléeaux-Loups, Châtenay (Seine).

Dr Pochon, Asile de St-Yon, St-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).

Dr Porot, A., Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine, 12, rue Mogador, Alger.

Dr Quercy, Pierre, Médecin-Chef de l'Asile d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine).

Dr Raviart, Georges, Professeur de Clinique psychiatrique, 91, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr Rayneau, James-Alfred, Directeur-Médecin de l'établissement psychothérapique du Loiret, Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Dr Reboul-Lachaux, Charles, Médecin-Directeur-Adjoint de la Maison de Santé de Sainte-Marthe, à Marseille.

Dr Reboul-Lachaux, Jean, 100, rue Sylvabelle, Marseille.

Dr Repond, André, Maison de Santé de Malevoz, Monthey (Valais, Suisse).

Dr Robert, Jean, Médecin-Directeur de l'Asile d'Auch (Gers).

Dr Robeyns, Médecin en Chef de l'Etablissement pour maladies mentales à Diest (Belgique).

Dr Roger, Henri, Professeur de Clinique Neurologique, 66, Boulevard Notre-Dame, Marseille.

Dr Rouge, François, Asile de Limoux (Aude).

Dr Sano, Fritz, Médecin-Directeur de la Colonie de Gheel (Belgique).

Dr Santenoise, A., Médecin-Chef de l'Asile de St-Ylie (Jura).

Dr Schnyder, Louis, Privat-Docent de Neuropathologie, 19, rue Daxelhofer, Berne (Suisse).

Dr SCHRODER, George-E., Copenhague (Psykiatrikske Klinik).
Dr SEMELAIGNE, René-Louis, 59, boulevard de Montmorency, Paris.
Dr SICARD, J.-A., Professeur à la Faculté de Médecine, 195, boulevard St-Germain, Paris.
Dr SIMON, Th., Médecin en Chef de la Colonie d'enfants, Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise).
Dr SOLLIER, Alice, Clinique Neurologique, St-Cloud (Seine).
Dr SOLLIER, Paul, 14, rue Clément-Marot, Paris (8e).
Dr SPEHL, Emile, Professeur à l'Université de Bruxelles, 113a, boulevard de Waterloo.
Dr TARRIUS, Directeur de la Maison de Santé d'Epinay-sur-Seine, 6 et 8, avenue de la République.
Dr TATY, Théodore, La Tour-de-Salvagny par Charbonnières (Rhône).
Dr TITECA, Raoul, Médecin-Directeur du Sanatorium Sans-Souci à Jette-Saint-Pierre (Bruxelles).
Dr TOURNAY, 10, rue de Castellane, Paris (8e).
Dr TYSEBAERT, Jeanne, Médecin du service anthropologique à la Prison de Forest, Bruxelles.
Dr VALENCE, Hôpital Tenon, à Paris.
Dr VALLON, Médecin honoraire des Asiles de la Seine, 15, rue Soufflot, Paris.
Dr van BOGAERT, Ludo, Médecin des Hôpitaux, 22, rue d'Arenberg, Anvers.
Dr van den BERG, Adjoint au Sanatorium du Beau-Vallon, à St-Servais-Namur.
Dr van den VEN, Chef du Service Communal des Aliénés, 106, rue Gérard, Bruxelles.
Dr van der SCHEER, Santpoort, Hollande.
Dr van der VLOET, Président de la Société de Neurologie, 19, rue des Atrébates, Bruxelles.
Dr van DESSEL, Médecin de l'établissement pour maladies mentales à Duffel (Belgique).
Dr van de WEGHE, Médecin anthropologue des prisons, Bruges.
Dr van ENGELAND, Médecin en Chef de l'établissement pour maladies mentales de Grimbergen (Belgique).
Dr van GEHUCHTEN, rue Lebeau, 33, Bruxelles.
Dr van HIRTUM, Médecin en chef du Sanatorium de Beau-Vallon, à St-Servais-Namur.
Dr VELTER, Prof. agrégé, avenue Président Wilson, 38, Paris.
Dr VERHOOGEN, René, Professeur à l'Université de Bruxelles, 22, rue Joseph-II, Bruxelles.

Dr Vermeylen, Guy, Médecin à la Colonie de Gheel (Belgique).

Dr Vernet, Georges, Médecin-Directeur de l'Asile de Beauregard, Bourges (Cher).

Dr Verniory, Médecin anthropologue à la Prison, boulevard Ad-Aquam, 7, Namur (Belgique).

Dr Vervaeck, Louis, Directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 35, rue Verhulst, Uccle.

Dr Verwimp, Médecin en chef de l'établissement « Ziekhuis » à St-Nicolas-Waes (Belgique).

Dr Viel, Médecin-Chef de l'Asile de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).

Dr Vieux, Numa, Médecin de l'établissement hydrothérapique de Divonne (Ain).

Dr Vivès, Salvador, Ronda de Sant-Pere, 68, 1er-1a, Barcelone.

Dr Vullien, Chef de Laboratoire de la Clinique psychiatrique, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr Welter, Eloi, Médecin-Chef de l'Asile d'Ettelbruck (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr Wenger, 4, avenue Marie-Thérèse, Luxembourg.

Dr Westerhuis, Leeuwaarden, Hollande.

Dr Wimmer, Professeur de psychiatrie, Universitetets Laboratorium, Copenhague (Danemark).

Dr Zederbaum, Vladimir, 12, rue José-Maria-de-Hérédia, Paris.

MEMBRES ASSOCIÉS

Mme Adam, Frantz, de Rouffach (Haut-Rhin).

Mlle Alexander, Marthe, de Bruxelles.

Mlle Arnaud, de Vanves.

M. Arnaud, Rob., de Vanves.

Mme d'Astros, Marseille.

Mme Baruk, de Sainte-Gemme-sur-Loire.

M. Baruk, Henri.

Mme Behague, Pierre, de Paris.

Mme Boulenger, Max, de Waterloo.

Mme Brissot, Maurice, de Rouffach.

Mme Callewaert, Bruxelles.
M. Callewaert, avocat à Bruxelles.
Mme Calmels, de Paris.
Mme Charon, René, de Dury-lez-Amiens (Somme).
Mme Charpentier, René, de Neuilly-sur-Seine.
Mme Charuel, Léon, de Dröyes (Haute-Marne).
Mme Christoffel, de Bâle (Suisse).
Mme Christin, Edouard, de Genève (Suisse).
Mme Colin, de Paris.
Mlle Contat, de Montet (Suisse).
M. Contat, de Montet (Suisse).
Mme Courbon, Paul, de Stéphansfeld (Bas-Rhin).
Mme Daday, d'Evreux.
Mlle Daday, Lucienne.
Mlle Daday, Yvonne.
Mme de Craene, Ernest, de Bruxelles.
Mme de Prins, Bruxelles.
Mlle de Prins, Bruxelles.
M. de Greef, Louvain.
Mme Desruelles, de St-Ylie (Jura).
Mme d'Hollander, de Louvain.
Mlle Dupain, de Paris.
Mme Desloges, de Québec.
M. Desloges, de Québec.
Mme Eissen, Jean, de Stéphansfeld (Bas-Rhin).
Mme Enderlé, de Bruxelles.
Mme Froment, de Lyon.
Mme Fouque, de Pierrefeu (Var).
Mme Gauducheau, René, de Nantes (Loire-Inférieure).
Mme Gilles, André, de Pau (Basses-Pyrénées).
Mme Glorieux, de Bruxelles.
Mlle Glorieux, Elisabeth.
Mlle Glorieux, Agnès.
Mme Guisan, Pierre, de Lausanne.
Mme Hamel, Jacques, de Maréville près Nancy.
Mme Hamel, de Quatremares, près Rouen.
M. Hamel.
Mlle Hamel.
Mme Heger-Gilbert, de Bruxelles.
Mme Hesnard, de Bordeaux.
Mme Jellife, de New-York.
Mme Jumentie, de Paris.
Mme Laforgue, de Paris.

M. Lagarrigue, de Paris.
Mlle Lalanne, de Bordeaux.
Mme Lamsens, de Gheel (Belgique).
Mme Laruelle, Léon, de Bruxelles.
Mme Lépine, de Lyon.
Mme Ley, Auguste, de Bruxelles.
M. Ley, Jacques, étudiant en médecine, Bruxelles.
Mme Le Roy des Barres, d'Epinay-sur-Seine.
Mme Logre, de Paris.
Mme Marie, Auguste, de Paris.
Mme Massaut, Joseph, de Lierneux.
Mlle Massaut, de Lierneux.
Mme Maupate, Léon, de Fains-les-Sources.
Mlle Maupate, Suzanne, de Fains-les-Sources.
Mlle Maupate, Marie-Thérèse, de Fains-les-Sources.
Mme Meige, Henry, de Paris.
M. Meige, Paul.
Mme Mézie, de Sarreguemines.
Mme Molin de Teyssieu, de Bordeaux.
Mme Morat, Daniel, de St-Cloud.
Miss Mott, de Londres.
Mme Olivier, de Blois (Loir-et-Cher).
Mlle Ollivier, H., de Lehon.
Mlle Ollivier, C., de Lehon.
Mme Paul-Boncour, de Paris.
M. Péron, Noël, de Suresnes.
M. Phénan.
Mlle Pidoux, Valentine, de St-Etienne-du-Rouvray.
Mme Piéron, Henri, du Vésinet.
Mme Pochon, de St-Etienne-du-Rouvray.
Mlle Pochon, Christine, de St-Etienne-du-Rouvray.
Mlle Pochon, Cécile, de St-Etienne-du-Rouvray.
Mme Porot, d'Alger.
Mme Poutou, de Paris.
M. Poylo, de Sotteville-lez-Rouen.
Mme Poylo, de Sotteville-lez-Rouen.
Mme Quercy, de Rennes.
Mme Repond, de Monthey (Suisse).
Mme Roger, Henri, de Marseille.
Mme Sano, de Gheel.
Mlle Scribe, de Paris.
Mlle Semelaigne, Françoise, de Paris.
Mlle Semelaigne, Renée, de Paris.

Mme Sicard, de Paris.
Mlle Sicard, Marguerite, de Paris.
M. Sicard, André, de Paris.
Mme Titeca, de Bruxelles.
M. Titeca, Jean, étudiant en médecine, Bruxelles.
M. Tornard.
Mme Tournay, Auguste, de Paris.
Mme van der Scheer, de Santpoort (Hollande).
Mme Vermeylen, de Gheel.
Mme Vervaeck, Uccle.
M. Vervaeck, Paul, étudiant en médecine.
Mme Weill, Julien, de Paris.
Mlle Weill, Marianne, de Paris.
Mme Westerhuis, de Leeuwaarden (Hollande).
Mme Wimmer, de Copenhague.
Dr Wybauw, Lucien, de Bruxelles.
Mme Wybauw-Ley, Madeleine, de Bruxelles.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Allier. — Asile Ste-Catherine d'Izeure près Moulins. Colonie familiale de la Seine à Ainay-le-Château.
Ariège. — Asile de St-Lizier.
Aude. — Asile de Limoux.
Aveyron. — Asile de Rodez.
Bas-Rhin. — Asile public d'aliénés de Stéphansfeld. Maison de Santé de Hœrdt.
Bouches-du-Rhône. — Asile St-Pierre à Marseille. Maison de Santé Ste-Marthe, Marseille.
Calvados. — Asile du Bon-Sauveur à Caen.
Charente. — Asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne.
Charente-Inférieure. — Asile de Lafond près La Rochelle.
Cher. — Asile agricole de la Seine à Chezal-Benoit. Colonie familiale de Dun-sur-Auron. Asile de Beauregard près Bourges.
Côte-d'Or. — Asile d'aliénés de Dijon.
Dordogne. — Asile de Vauclaire.
Eure. — Maison de Santé de Navarre à Evreux.

Eure-et-Loir. — Asile de Bonneval.
Finistère. — Asile d'aliénés de Quimper.
Gironde. — Asile public d'aliénés de Château-Picon, Bordeaux.
Haut-Rhin. — Asile d'aliénés de Rouffach.
Haute-Garonne. — Asile d'aliénés de Toulouse.
Haute-Marne. — Asile d'aliénés de St-Dizier.
Haute-Vienne. — Asile d'aliénés de Naugeat.
Hérault. — Asile d'aliénés de Montpellier.
Ille-et-Vilaine. — Asile d'aliénés de Rennes.
Jura. — Asile d'aliénés de St-Ylie près Dôle.
Landes. — Asile de Mont-de-Marsan.
Loir-et-Cher. — Maison de Santé départementale de Blois.
Loire-Inférieure. — Asile de Blanche-Couronne par Savenay.
Loiret. — Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais.
Lozère. — Asile d'aliénés de St-Alban.
Marne. — Asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne.
Mayenne. — Maison de Santé de la Mayenne.
Meurthe-et-Moselle. — Asile de Maréville près Nancy.
Meuse. — Asile d'aliénés de Fains-les-Sources.
Morbihan. — Asile de Lesvellec.
Moselle. — Asile de Sarreguemines.
Nièvre. — Asile de La Charité-sur-Loire.
Oise. — Asile de Clermont.
Orne. — Asile d'Alençon.
Pas-de-Calais. — Asile public d'aliénés de St-Venant.
Puy-de-Dôme. — Asile Ste-Marie à Clermont-Ferrand.
Rhône. — Asile d'aliénés de Bron.
Savoie. — Asile d'aliénés de Bassens.
Sarthe. — Asile d'aliénés de Le Mans.
Seine. — Asile Clinique Ste-Anne. Asile de Vaucluse à Epinay-sur-Orge. Asile de Villejuif. Asile de Ville-Evrard.
Somme. — Asile de Dury-lez-Amiens.
Vaucluse. — Asile de Montdevergues.
Vendée. — Asile de la Grimaudière, La Roche-sur-Yon.
Yonne. — Asile d'Auxerre.
Province d'Anvers. — Etablissement de Duffel. Etablissement des Frères Cellites à Bouchout.
Province de Brabant. — Sanatorium Maeck, 411, Chaussée de Louvain, Bruxelles. Etablissement St-Joseph, à Erps-Querbs. Etablissement des Frères Alexiens à Diest. Etablissement d'éducation: Orphelinat Rationaliste à Bruxelles.

FLANDRE ORIENTALE. — Hospice Guislain à Gand. Etablissement St-Jean-Baptiste à Selzaete. Etablissement St-Jean-Baptiste à Eecloo. Etablissement de Lede. Maison de Santé de Velsique-Ruddershoven. Etablissement St-Jérôme à St-Nicolas. Etablissement « Ziekhuis » à St-Nicolas. Maison St-Benoît : établissement d'éducation pour enfants anormaux à Lokeren.

FLANDRE OCCIDENTALE. — Etablissement St-Julien à Bruges. Etablissement St-Dominique à Bruges. Etablissement pour Sourds-Muets et Aveugles à Bruges. Etablissement Ste-Anne à Courtrai. Institut Notre-Dame-de-la-Paix à Menin. Institut St-Jean à St-Genois-Helchin.

HAINAUT. — Institut des Frères de St-Jean-de-Dieu à Leuze.

LIÈGE. — Etablissement Château-de-Ruyff à Henri-Chapelle. Etablissement St-Michel à Spa.

LIMBOURG. — Institut St-Joseph à Munsterbilsen.

Société Belge de Pédotechnie, Ecole N° 10, rue de Rollebeek, à Bruxelles.

CANADA. — Hôpital St-Michel-Archange, Mastaï près Québec.

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG. — Maison de Santé d'Ettelbrück.

Séances du Congrès. Présidents des séances

Les séances du Congrès se sont tenues au Palais des Académies et à la Fondation Universitaire rue d'Egmont.

Elles ont été présidées successivement par les présidents français et belge et par MM. les D[rs] *Donaggio,* professeur à l'Université de Modène (Italie), *Jellife,* de New-York, *Sir Frederick Mott,* de Londres, *Orzechowski,* professeur à l'Université de Varsovie, *Repond,* de Monthey (Suisse), *Schnyder,* de Berne, *van der Scheer,* de Santpoort (Hollande), *Welter,* d'Ettelbrück (Luxembourg), *Wimmer,* professeur à la Faculté de médecine de Copenhague.

SÉANCE D'OUVERTURE

SÉANCE D'OUVERTURE

Le vendredi 1er août, à 9 h. 30 du matin, au Palais des Académies, dans la grande salle des tenues solennelles, s'est ouverte la séance inaugurale de la XXVIIIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

M. Maurice Herbette, Ambassadeur de France, avait pris place dans sa loge et honorait l'assemblée de sa présence.

M. le Ministre de la Justice, Fulgence Masson, occupait le fauteuil présidentiel. Sur l'estrade avaient pris place la plupart des membres du Comité d'honneur, les délégués étrangers, français et belges, et les membres du Bureau du Congrès.

M. le Ministre Masson souhaite, au nom du Gouvernement, la bienvenue aux Congressistes français et étrangers. Il insiste sur l'importante action exercée sur la législation et les réformes pénales en Belgique par les travaux des Congrès précédents. Il espère pouvoir mettre au point à bref délai une loi nouvelle sur l'assistance aux malades mentaux et faire voter par le Parlement une loi récemment élaborée sur les délinquants anormaux. Il compte sur les travaux du Congrès et sur les vœux qu'il émettra pour éclairer les législateurs dans ces divers domaines.

M. le Prof. Jean Lépine (de Lyon), délégué du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts :

Monsieur le Ministre,
Mesdames,
Messieurs,

Le Gouvernement français a jusqu'à présent considéré le Congrès des aliénistes et neurologistes surtout du point de vue de l'assistance. Il s'y est fait représenter par les délégués des administrations publiques, civiles et militaires, auxquelles cette charge sociale incombait.

Cette année, pour la première fois, le Ministre de l'Instruc-

tion publique a tenu à marquer son intérêt au Congrès. C'est en son nom que j'ai l'honneur d'offrir aux organisateurs de cette grande manifestation scientifique ses félicitations, ses vœux pour le succès de leurs travaux, et pour la longue vie de cette institution.

S'il a choisi le Congrès de Bruxelles pour cette innovation, ce n'est pas seulement parce qu'il a jugé que le moment était opportun pour faire pénétrer dans l'enseignement médical français, les acquisitions et les méthodes de la neuro-psychiatrie contemporaine. C'est surtout — n'en doutez pas — dans une pensée d'hommage à la science médicale belge, et notamment à cette Université de Bruxelles, à laquelle — comme à ses sœurs du royaume — j'apporte, au nom des universités françaises, un salut déférent, fraternel et cordial.

M. Rondel, Inspecteur général, représentant M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène, apporte au Congrès l'assurance du haut intérêt que lui porte le département Ministériel dont il a la direction en France, et adresse à l'assemblée ses vœux de réussite dans ses travaux.

Le Dr Cazanove, délégué du Ministère des colonies et de la guerre.

La neuro-psychiatrie coloniale a reçu sa consécration officielle du Congrès de Tunis de 1912, où a été discuté le rapport de mon regretté maître, le Pr Régis, sur l'Assistance des Aliénés aux Colonies.

C'est particulièrement depuis cette époque, que le Ministre des Colonies et l'Inspection générale du service de santé des colonies, apportent toujours le plus vif intérêt aux travaux du Congrès. Mais le nombre des psychiatres coloniaux est limité; ils servent plus souvent aux Colonies qu'en France; ils ne peuvent donc participer comme ils le voudraient, à vos réunions annuelles.

Lorsque les nécessités du service le permettent, ils y prennent part; et je suis très heureux d'avoir été désigné cette année, pour vous présenter les vœux les plus sincères du Ministre des Colonies et du Corps de Santé Colonial — leur désir de se maintenir en contact étroit avec vous, — en attendant le jour lointain, problématique, mais possible, où nous pourrons inviter le Congrès à se réunir dans une de nos capitales coloniales.

M. le Médecin de 1re classe, Hesnard, délégué du Ministère de la Marine.

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Messieurs,

Fidèle à une tradition qui remonte à quelque quinze ans, le corps de Santé auquel j'ai l'honneur d'appartenir, a voulu, comme par le passé, assurer le Congrès des aliénistes et neurologistes de sa plus effective sympathie. Et je suis personnellement très heureux de l'honneur qui m'est encore une fois dévolu d'assister à votre séance inaugurale en qualité de Délégué du Ministre de la Marine.

En tant que médecin neuro-psychiatre, déjà vieil habitué de vos réunions, et ne comptant guère ici que des maîtres et des amis, je ne veux pas renouveler les assurances d'une cordialité que je sais depuis longtemps partagée. Appartenant à la Marine, je veux vous dire ma joie de me trouver aujourd'hui avec vous, au cœur de la Belgique.

Tout marin, lorsqu'il a l'occasion de fouler le sol belge, est hanté par les journées rouges de 1914-1915, auxquelles il accorde, où qu'il se trouve, une douloureuse pensée. Le regard qui se tournait alors de la mer vers Bruxelles — comme vers l'infini des désespérances, s'arrêtait, découragé, sur les dunes blafardes de Nieuport, et sur les pierres fumantes de Ramscapelle... Mais, pourtant, ainsi réduite à ces mornes et brefs horizons, jamais la Belgique, ne nous avait paru si immense.

Nous sommes loin, aujourd'hui, de ces sombres journées, dans cette solennité présente, où nous nous apprêtons à goûter les plus prenantes séductions de l'esprit. Permettez à votre rapporteur de l'an dernier de vous dire, qu'en dehors de toute participation officielle, il voudrait, dans ce Congrès, être considéré comme représentant aussi avec quelques collègues, une tendance intellectuelle.

Je veux parler de la psychologie médicale, de la psychologie clinique, de cette science éminemment descriptive qui est un peu, au pathologique, ce que serait au normal (si par bonheur, elle était déjà écrite), une histoire naturelle de l'âme. La mode est de plus en plus à la psychanalyse, grave et irritante question sur laquelle vous avez bien voulu me demander le résultat de ma plus loyale expérience. Or, la science, d'ailleurs contestable de Freud, n'est qu'un court chapitre de la psycholo-

gie morbide de l'avenir, essentiellement affective et construite dans la réalité des faits cliniques. Psychologie qui saura reconnaître dans l'esprit humain — avec la même sincérité que l'artiste — la majesté de la Volupté et de la Douleur, et qui s'efforçera de saisir derrière les grimaces déconcertantes du psychopathe, les expressions lointaines d'une personnalité toujours vivante et qui n'a pas été encore étouffée par le néant organique...

Mais je m'en voudrais, Messieurs, d'anticiper sur vos travaux, qui se dérouleront sereinement, dans cette atmosphère bruxelloise de pondération d'esprit, où l'agréable diffusion d'un certain genre d'humour que vous connaissez bien, agira comme un puissant antiseptique volatil dans nos salles austères de discussion.

Et laissez-moi souhaiter, au nom du corps de santé de la marine et en mon nom propre, de voir constamment triompher au cours de vos débats, nos deux traditionnelles qualités franco-belges : la clarté et le bon sens.

M. le Dr Welter, délégué du gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg.

Il est tout naturel que le délégué Luxembourgeois en apportant à ce Congrès les meilleurs saluts et les vœux de réussite les plus cordiaux de son gouvernement, éprouve une émotion heureuse !

Est-ce qu'en effet, le siège de ce Congrès, Bruxelles, n'incarne pas, pour tous les amis de la France, le souvenir sacré de quatre années de résistance héroïque, en même temps que les aspirations les plus élevées d'un peuple vers l'indépendance fondée uniquement sur la valeur morale de son individualité nationale ?

Par ces circonstances historiques, Bruxelles est devenue le symbole vivant qui nous fait communier tous dans les mêmes sentiments d'admiration et d'enthousiasme et devient ainsi un peu la capitale de nous tous !

Mais, le Luxembourgeois, revendique pour lui cette capitale à un titre encore plus spécial. Depuis le rattachement économique du Luxembourg à la Belgique, nos destinées matérielles et morales sont tellement liées ensemble que nous aimons à confondre nos frontières. Volontiers le Luxembourgeois s'enorgueillit de la gloire belge, ou se repose sur la sympathie générale qu'inspire la Belgique quand il se fraye son chemin

à l'étranger. Et depuis quelques années, les Wallons et les Flamands ne sont plus seuls, ici à Bruxelles, pour croiser leurs efforts dans une lutte féconde ; mes compatriotes aussi se sont joints à eux et mêlent leurs activités intellectuelles et commerciales à celles de leurs frères belges si hospitaliers ! Et dans le sein de cette capitale, quelle heureuse fermentation que celle de ces races différentes ! Les impulsions les plus obscures, les poussées les plus profondes de toutes ces âmes, s'organisent et mûrissent, librement dans le ciel d'une langue commune, la langue française, et en en revêtant l'éclat et le charme, les qualités naturelles de nos races, ne perdent rien de leur originalité ! Au contraire, la limpidité des formes, permet de mieux faire transparaître la vigueur et la richesse du contenu. — Bruxelles l'a démontré depuis longtemps.

Est-ce qu'il est étonnant alors de trouver à l'entrée de cette ville cette atmosphère d'aise et de familiarité qui nous enveloppe tous immédiatement et qui nous fait croire que nous avons toujours vécu ici ?

Mais le *neuro-psychiatre* luxembourgeois trouve en outre en Belgique les maîtres dont il a besoin pour se parfaire dans sa spécialité. Il y trouve encore les institutions modèles de sa branche, comme les colonies d'aliénés qui sont trop connues pour que j'aie besoin de les rappeler davantage. Mais dans la réalisation de ses réformes pénitentiaires sorties uniquement de principes scientifiques, les Belges marchent à la tête des nations civilisées, et déjà leurs confrères luxembourgeois s'efforcent de les imiter dans cette voie.

Pour finir je tiens à exprimer ma conviction sincère que le Congrès de Bruxelles par delà les trois années qui le séparent de celui de Luxembourg, se joint pourtant à ce dernier pour exprimer de la même manière éclatante la sympathie des trois peuples : la France, la Belgique et le Luxembourg.

M. le Prof. Brousseau, délégué de la province de Québec (Canada) :

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Mesdames,
Messieurs,

Je suis profondément ému de l'honneur qui m'est fait, à moi Français, de représenter ici le Gouvernement Provincial de

Québec. Mais il importe que vous connaissiez mieux l'effort de la Nouvelle France. Vous avez là-bas des millions d'amis au cœur fervent et rien de ce qui est nôtre ne leur est étranger. Malgré deux siècles d'abandon politique, et parmi des difficultés sans nombre, ils ont héroïquement gardé notre langue et nos traditions. La volonté des Canadiens français s'applique désormais, et toujours avec plus de fruit, à ordonner leur pensée et leur action selon l'esprit qui nous anime. Depuis une année, notre Gouvernement a décidé de refondre entièrement les méthodes d'assistance et d'enseignement psychiatrique. Nous formons des projets intéressant l'éducation des arriérés et des anormaux, l'hospitalisation des épileptiques, l'étude de la délinquance et de la criminalité ; c'est dire quel hommage nous rendons à la Belgique qui, en ces questions, nous offre un si magnifique exemple. Vous savez maintenant avec quels sentiments nous suivrons vos travaux ; au nom de nos frères d'outre-mer, au nom du Gouvernement provincial, je vous apporte l'assurance de notre bonne volonté française.

M. le Dr Smith Ely JELLIFE, de New-York :

MONSIEUR LE MINISTRE,
MESDAMES,
MESSIEURS,

Au nom des Sociétés Américaines de Psychiatrie et de Neurologie, je salue le XXVIIIe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, et je forme les meilleurs vœux pour son plein succès.

Le Prof. WIMMER, délégué danois ;

MONSIEUR LE MINISTRE,
MESSIEURS LES PRÉSIDENTS,
MESDAMES ET MESSIEURS,

En vous apportant l'hommage distingué de la part de la Faculté de Médecine de Copenhague et ses vœux les plus sincères pour le succès de votre Congrès, je tiens à y ajouter l'expression de ma joie profonde d'assister, de nouveau, à une de ses réunions des médecins aliénistes et neurologistes d'où on revient toujours vivement impressionné des hautes aspirations scientifiques et humanitaires dont témoignent vos rapports et vos discussions. Mais, en plus, ces Congrès offrent

à nous autres étrangers l'occasion d'une réunion plus intime, encore, avec des confrères qui portent la noble empreinte de la psychiatrie et de la neurologie de la France et des pays de langue française.

Vous êtes heureux, vous autres aliénistes et neurologistes de la France, de pouvoir, ainsi, franchir vos frontières sans risquer de vous exiler. En allant ici, en Belgique, vous retrouverez vos traditions neuro-psychiatriques les meilleures et les plus classiques.

Je me suis demandé, si, en transférant un de vos Congrès à Copenhague, vous auriez réellement le sentiment d'être exilés. Sans doute, dans ce cas fantastique, vous devez quitter les pays de votre belle langue. Certes, vous trouverez en Danemark des confrères qui entendent le français, qui l'aiment et qui savent le parler, en l'écorchant plus ou moins affreusement, je l'avoue bien. Mais, chose plus sûre, vous trouverez chez nous les mêmes sympathies personnelles qu'ici, la même admiration pour la psychiatrie et la neurologie de la France et des Pays de langue française.

En adaptant quelques mots célèbres de Mirabeau, je dirais que nous parlons danois, nous autres fils du Nord, mais nos cœurs battent en français. Venez vous en convaincre, je vous prie !

M. le Dr Van der Scheer, délégué hollandais :

Monsieur le Ministre,
Mesdames,
Messieurs,

Comme représentant de la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie, ce m'est un grand plaisir de vous adresser les salutations de cette Société avec les meilleurs vœux pour le succès de ce Congrès.

Le Prof. Arturo Donaggio, en sa qualité de représentant officiel de la « Società italiana di Neurologia », présente au Congrès l'hommage et les salutations des neuro-psychiatres italiens.

Il rappelle un souvenir personnel, la connaissance qu'il a faite en 1903, au Congrès international de Médecine de Madrid, du neurologiste belge Van Gehuchten, et les rapports scientifiques qu'il a eus avec lui. Il envoie un salut dévoué à la mé-

moire de ce savant, et dit qu'en rappelant l'illustre neurologiste belge, il pense rendre un des meilleurs hommages au Congrès de Bruxelles et à la noble nation belge.

Le Prof. Orzechowski, délégué polonais :

Monsieur le Ministre,
Mesdames,
Messieurs,

Je suis heureux de pouvoir représenter à cet illustre Congrès la Faculté de Médecine de l'Université de Varsovie qui m'a délégué pour exprimer son vif désir d'une collaboration scientifique avec les nations de langue française, en particulier avec la Belgique et la France.

Jusqu'à ces temps derniers, la participation de la science polonaise aux Congrès étrangers était presque inexistante. Nous n'avions pas, en effet, de représentation nationale propre. Il n'existait que des Comités représentatifs organisés d'après les Etats entre lesquels était partagée la Pologne. C'est pour cela que les travaux et les résultats des recherches des médecins polonais restaient presque inconnus à l'étranger. En voici un exemple :

La psychiatrie et la neurologie russes ont été créées par les Polonais. Les Polonais qui sont Balicki, Mierzejewski et Erlicki, professeurs de psychiatrie de l'Université de Pétrograd, ne furent-ils pas les maîtres d'un Bechterew et d'un Korsakoff ? L'injure de cet anonymat est maintenant le passé. En même temps que l'indépendance politique, nous avons acquis l'indépendance scientifique. Dès maintenant les médecins polonais peuvent bénéficier de cette liberté reconquise grâce aux innombrables souffrances des nations alliées dans le combat contre l'invasion allemande. Ils désirent prendre part avec d'autant plus d'ardeur aux efforts de la science internationale.

La Faculté de Médecine de l'Université de Varsovie adresse par mon intermédiaire au Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France et des pays de langue française ses meilleurs vœux de prospérité et souhaite le succès le plus fécond aux travaux de la session annuelle.

Le Dr Repond, président de la Société suisse de psychiatrie :

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Comme représentant de la Société Suisse de Psychiatrie j'ai pour mission de vous apporter les messages sympathiques des psychiatres suisses et leurs vœux chaleureux pour la réussite de votre Congrès. Pour la première fois, l'année dernière notre Société se fit représenter officiellement à votre assemblée. L'accueil si chaleureux qui nous fut réservé, les relations de bonne amitié et de franche confraternité qui s'établirent aussitôt, nous rendirent plus conscients encore de l'intimité de nos liens de race et de langue en même temps que de l'utilité de comparer et d'affronter nos conceptions psychiatriques parfois diverses. Qu'il me soit permis d'exprimer toute la joie et la fierté que nous éprouvons, nous Suisses, à nous trouver pour quelque temps au milieu de ce peuple belge si riche d'art et d'histoire, plus riche encore de courage, d'esprit d'indépendance, d'intelligence et de toutes les vertus qui font un peuple prospère et vigoureux.

Les analogies entre l'histoire de nos deux pays, le même esprit de liberté et de particularisme, les différences même de race, de langue, de religion dans le cadre d'une même nation unie, tous ces traits communs à nos deux pays font que nous nous sentons ici en pleine communauté d'idées et de cœur.

Je renouvelle au nom de la Société Suisse de Psychiatrie et de mes compatriotes présents à ce Congrès, à tous nos confrères français et belges l'expression émue de notre cordiale amitié et l'assurance du très grand plaisir que nous éprouvons à nous trouver parmi eux. Je tiens pour terminer à dire notre espoir de voir une de ces années prochaines le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française se réunir en Suisse. Je puis vous assurer que l'accueil que vous y recevrez sera chaleureux et fraternel et que nous saurons apprécier l'honneur que vous nous ferez en déférant à notre invitation.

Le Dr Schnyder (de Berne), président de la Société Suisse de Neurologie :

La Société Suisse de Neurologie, en me chargeant de la représenter au Congrès de Bruxelles, m'a fait un grand hon-

neur en même temps qu'une grande joie. Un grand honneur, puisque, dans cette séance d'ouverture, à laquelle les circonstances de lieu et de temps prêtent une solennité toute particulière, je suis appelé à exprimer les vœux de mes collègues suisses pour le succès, du reste certain, d'une réunion scientifique à laquelle ils portent un intérêt très vif.

Une grande joie aussi, puisque ma mission me fournit l'occasion de dire à nos amis belges combien les liens qui nous unissent se sont renforcés au cours de ces dernières années. Pour des raisons faciles à comprendre, la guerre a cimenté entre nous des amitiés qui ont trouvé dernièrement, à Berne, une expression significative par la constitution d'une *association des amitiés belgo-suisses*. A cette occasion, le très distingué ministre de Belgique en Suisse qui a déjà donné tant de preuves de la chaude sympathie qu'il porte à notre pays, a fait ressortir en termes élevés que cette association a pour but de resserrer les relations de toute nature, intellectuelles, économiques et scientifiques entre la Belgique et la Suisse. Certes, je ne doute pas que ce Congrès ne contribue à resserrer les relations scientifiques entre nos deux pays, mais je voudrais qu'en plus, la présence ici de mes collègues suisses fût considérée par nos amis belges comme un hommage de profonde admiration et de cordiale sympathie que nous rendons à la Belgique.

M. le Dr Glorieux, président belge du Congrès :

Excellence,
Monsieur le Ministre,
Mesdames, Messieurs,

Vos suffrages unanimes m'ont appelé aux délicates fonctions de Président belge du XXVIIIe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.

Cet honneur, dont j'apprécie toute la valeur, je le dois, non à mes mérites personnels, mais bien à mon titre d'ancien élève du Grand Maître Charcot et aux relations de cordiale amitié que j'ai conservées avec les travailleurs de la première heure de l'Ecole de la Salpêtrière. Peut-être aussi parce que, après mes voyages d'étude à l'étranger, je fondai en 1888 la première clinique de maladies nerveuses en Belgique.

Mes premières paroles seront des paroles de remerciements à tous ceux qui nous font l'honneur d'assister à la séance

solennelle d'ouverture de ce Congrès. Le Comité est heureux et fier que tant d'Etats et tant de Sociétés savantes aient répondu à son appel et se soient fait représenter par des délégués officiels aussi qualifiés. Un Congrès qui s'ouvre sous de tels auspices sera fécond en résultats pratiques et durables.

Nos remerciements les plus vifs vont d'abord à Son Excellence l'Ambassadeur de la République française.

La Commission d'organisation du Congrès a été touchée de l'accueil si particulièrement sympathique que Vous lui avez réservé et des encouragements que Vous lui avez prodigués.

Fidèle aux traditions de la douce France, Votre Excellence ne peut rester étrangère à aucune des questions qui ont trait à l'avancement des sciences, à la protection des faibles et à l'assistance des malheureux. Tout dernièrement, à la réunion organisée par la Chambre française du Commerce et de l'Industrie, à l'occasion du 14 juillet, Vous terminiez votre discours par une profession d'enthousiasme pour les fraternisations franco-belges et par l'affirmation de la volonté commune à tous les Français de travailler sans relâche, au milieu de leurs amis belges, à cultiver *la fleur rare d'une amitié confiante.*

Cette fleur rare, Excellence, est cultivée depuis de nombreuses années dans le cœur des médecins belges et français : la présence ici de tant de vos compatriotes médecins, venus de tous les coins de la France pour fraterniser avec leurs confrères belges, en est une éclatante démonstration.

Je remercie également M. Frédéric Barbey, Ministre de Suisse, d'avoir bien voulu accepter de faire partie du Comité d'honneur de notre Congrès.

Tous les ans le chiffre d'adhérents suisses augmente et cette année-ci la délégation est particulièrement nombreuse et distinguée.

La Suisse et la Belgique sont deux petits pays qui ont entre eux beaucoup d'affinités et de sympathie. Les Belges n'oublieront jamais la dette de gratitude qu'ils ont contractée vis-à-vis des Suisses, pour les soins empressés que ceux-ci ont prodigués pendant la guerre à leurs blessés et à leurs invalides.

Je suis heureux de saluer ici M. le Comte de Marchant et d'Ansembourg, chargé d'affaires du Grand-Duché de Luxembourg.

Tous les membres du Congrès restent encore sous le charme de la réception enthousiaste qui leur fut faite en 1921 par la

population grand-ducale toute entière. Les médecins du Grand-Duché de Luxembourg savent que toutes nos sympathies leur sont acquises et qu'ils sont pour nous non seulement des confrères, mais de véritables frères, liés par une même communauté de sentiments et d'aspirations.

M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts de la République française a bien voulu déléguer à nos assises M. le Docteur Jean Lépine, ancien président du Congrès, professeur de neuro-psychiatrie et doyen de la Faculté de Médecine de Lyon.

Meilleur choix ne pouvait être fait, car M. le professeur Lépine apportera dans la discussion des questions mises à l'ordre du jour les ressources de son vaste talent et le prestige de sa grande autorité.

Je remercie M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène de la République française d'avoir délégué officiellement M. l'Inspecteur général Rondel, Secrétaire du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Chaque année, nous sommes heureux de revoir parmi nous ce haut fonctionnaire, toujours animé du même désir de suivre nos travaux et de faciliter, par son intervention auprès des autorités publiques, la réalisation des vœux qui en sont la conclusion.

M. le Ministre des Colonies a délégué, pour le représenter à notre session, M. le Médecin-Major de 1re classe Cazanove, des troupes coloniales. Beaucoup de membres du service de santé colonial ont été les élèves du regretté professeur Régis. Sous l'impulsion de ce maître éminent, tous marquent le plus vif intérêt aux questions neuro-psychiatriques et contribuent au beau renom de la Science française.

C'est encore un élève du professeur Régis et parmi les plus distingués que M. le Ministre de la Marine a délégué, M. le Docteur Hesnard, professeur à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine. La part si active que M. le professeur Hesnard prend toujours aux travaux du Congrès et le charme de sa parole, élégante autant que persuasive, rendent sa présence au milieu de nous doublement agréable.

Le Conseil Général de la Seine a délégué trois de ses membres les plus zélés et les plus compétents : M. le Docteur Calmels, un fidèle de nos Congrès, qui collabore à nos travaux par d'intéressantes communications, M. Chausse et M. Paul Fleurot, que nous sommes heureux de saluer parmi nous.

M. le Préfet du Département de la Seine a délégué M. le

Docteur Capgras dont les travaux scientifiques sont unanimement appréciés par nous tous.

La Commission de surveillance des Asiles de la Seine s'est fait représenter par M. Ratga, directeur honoraire de la Préfecture de la Seine, qui manifeste une fois de plus par sa présence ici tout l'intérêt qu'il n'a cessé de porter, pendant toute sa carrière, aux questions d'assistance des aliénés.

La présence, au milieu de nous, de savants délégués des Facultés de Médecine et des Sociétés scientifiques de presque tous les pays latins, voire même des Etats-Unis d'Amérique et du Canada, est à la fois pour nous un honneur et un encouragement. A tous nous adressons l'expression de nos chaleureux remerciements.

Mesdames, Messieurs,

Avant de commencer nos travaux, permettez-moi de jeter un regard en arrière et de saluer avec respect la mémoire des 1.089 aliénés français qui dorment leur dernier sommeil dans nos cimetières de Merxplas, de Reckheim, de Dave et de St-Servais-lez-Namur.

Pauvres victimes de la barbarie allemande, martyrs de la déportation, il nous furent amenés de tous les coins de la France occupée ; ils ont souffert et sont morts eux-aussi, pour faire triompher, le Droit, la Justice, et la Civilisation.

Derniers survivants de l'Asile de Prémontré, dans l'Aisne, pensionnaires de l'asile de Lommelet-lez-Lille, et des hospices de Montreuil-au-bois, sous Laon, vieillards, aux yeux éteints des hospices de Sedan, de Maubeuge, de St-Quentin, de Cambrai et de Valenciennes, malades de la clinique psychiâtrique d'Esquermes-les-Lille, triste cohorte d'épaves humaines, couvertes de haillons, rongées par la vermine, à vous tous, la Belgique exsangue et épuisée elle-même, par les rigueurs d'une longue occupation, — mais toujours confiante et vaillante quand même, — à vous tous, la pauvre Belgique, a largement ouvert ses bras décharnés ; elle a été heureuse de pouvoir partager avec vous son misérable gîte et son morceau de pain noir : *Elle a fait pour Vous, ce qu'elle a pu et non ce qu'elle aurait voulu !*

Moins malheureux furent les 700 malades mentaux belges qui sous une pluie de feu et de mitraille, durent quitter la ville d'Ypres, le 21 novembre 1914, pour être transférés à l'asile de Vaucluse.

Le 7 mai 1919, la plupart d'entre eux — car leur mortalité fut faible — purent rentrer sains et saufs au pays natal, emportant de leur séjour en France, un souvenir plein de gratitude.

Mon savant collègue, le Dr de Massary, vient de vous décrire l'heureuse influence qu'exerçaient les pouvoirs publics sur le placement et la surveillance des aliénés aux siècles derniers. Il nous a parlé de l'existence de maisons de force pour les aliénés dangereux, et de maisons de liberté pour les aliénés inoffensifs. Telles sont les mesures de progrès que nous réclamons actuellement pour nos malades mentaux.

Une regrettable confusion, tant dans la législation actuelle que dans le public, désigne, sous la même dénomination d'*aliénés,* les malades de l'esprit, dangereux pour eux-mêmes ou pour la Société et les psychopathes paisibles et inoffensifs qui ne réclament que des soins médicaux. Pour ces deux classes, pourtant si différentes, de malades, les mesures administratives sont les mêmes.

A l'égard des seuls aliénés dangereux — et ils sont le très petit nombre — l'internement sous les formes légales est indispensable, dans l'intérêt de la sauvegarde des droits du malade et de la protection efficace de la société : chez ces aliénés dangereux *seuls,* le certificat médical de collocation, entouré des garanties administratives, doit être de rigueur. Aux aliénés dangereux *seuls* convient l'asile fermé, aux hautes murailles qui empêchent leur évasion, en un mot la *maison de force.*

Désignons par le mot malsonnant d'« aliénés », les seuls malades dangereux ou protestataires, et que l'asile d'aliénés soit désormais l'établissement fermé où se trouvent internés ce genre de malades.

Ouvrons largement les portes de nos autres établissements, anciens ou nouveaux, à cette légion de malades mentaux — déments simples, hypocondriaques, anxieux, scrupuleux, obsédés, maniaques, dégénérés, psychopathes de tous genres — sur simple présentation d'un certificat médical. — L'histoire, dit-on, est un éternel recommencement : rouvrons les *maisons de liberté* du passé !

Pendant les jours sombres de la guerre, les formalités administratives pour l'entrée des malades mentaux dans nos asiles, furent souvent simplifiées par la force même des événements et les résultats en furent heureux et instructifs.

Cette entrée en action avant la lettre du projet de loi dont M. le Ministre de la Justice vient de vous entretenir ne donna lieu à aucun abus.

Notre grand roi Léopold II disait : « Les peuples ont les gouvernements qu'ils méritent ». Je dirai : « les médecins ont pour leurs malades le régime et les institutions qu'ils méritent ».

Il appartient aux médecins de changer la mentalité du public et des administrations publiques concernant les malades mentaux. A eux de faire considérer le malade mental comme un malade ordinaire et non un réprouvé ! A eux de dissiper la légende des collocations arbitraires. A eux de dissiper le mystère qui enveloppe nos établissements actuels en ouvrant largement leurs portes aux visiteurs qui viennent y voir leurs parents, comme sont ouvertes les portes de l'hôpital ordinaire, le jour de la visite. Faisons confiance à nos médecins qui comprennent la grandeur de leur mission et se consacrent aux soins des malades avec une science et un dévouement auquel je me plais à rendre hommage.

Ainsi s'ouvrira pour la grande armée des psychopathes, qui va sans cesse grandissant sous la fiévreuse impulsion de la vie moderne, une ère nouvelle dans une atmosphère de calme et de confiance, où les soins médicaux intelligemment administrés, dès le début de la maladie, seront une garantie de prompte guérison et de relèvement moral et social.

MESDAMES ET MESSIEURS,

Mon excellent collègue, le Dr de Massary, vous parlera de la situation des aliénés à la fin du XVIIIe siècle : certains étaient condamnés à vivre dans des cachots, qui ressemblaient plus à des étables, qu'à des salles de malades ; d'autres étaient maintenus en place à l'aide de lourdes chaînes, comme des bêtes furieuses, jusqu'au jour où le Dr Pinel et une pléïade de vrais médecins psychiâtres sont venus défendre la cause des aliénés et demander pour eux une place au soleil, qui distribue sa chaleur et sa lumière pour tous les humains.

Il serait cruel de ma part, de vous laisser sous la pénible impression de ce lamentable tableau.

Le meilleur moyen pour dissiper ces images obsédantes du passé sera de vous décrire, à grandes lignes, les locaux dans

lesquels vivent aujourd'hui les malades indigentes d'un de nos établissements, le dernier en date, l'Institut de Beau-Vallon.

Situé sur un plateau, d'où l'on découvre les monts de Meuse, avec une vue admirable sur la campagne environnante, ce sanatorium est composé de huit pavillons, gais, clairs et ensoleillés ; les murs de clôture n'existent pas : des fleurs aux fenêtres remplacent les barreaux de fer; des tables coquettes, recouvertes de blancs napperons, confectionnés par les malades, des chaises cannées, en bois recourbé, des buffets ornés de bibelots et de souvenirs, appartenant aux malades de la section, ornent cet home familial et lui donnent l'aspect d'un intérieur à la fois vaste et charmant. Certains malades assis autour d'une petite table jouent aux cartes ; d'autres s'exercent à des travaux de couture ; certains s'isolent dans un coin pour y dévorer à l'aise un livre de lecture.

Ailleurs vous trouverez des dortoirs où se pratique le traitement par l'alitement des malades agitées : vous serez étonné du calme qui règne dans cette salle où par auto-suggestion mutuelle, les malades reposent tranquilles dans leur lit. En passant, vous admirerez la blancheur des literies et la propreté des parquets. Vous serez profondément émotionné en observant le dévouement inlassable du personnel infirmier, de sa bonne humeur et de sa franche cordialité. Vous sortirez du pavillon, avec la conviction que les religieuses infirmières et les malades confiées à leurs soins ne constituent qu'une seule et même famille, vivant une vie commune, partageant les mêmes joies et endurant les mêmes souffrances: « *Cor unum, anima una.* »

Si le temps vous le permet, allez visiter l'un ou l'autre de nos établissements pour enfants anormaux érigés sous l'égide de la loi du 4 juin 1920.

Chez les enfants éducables, vous trouverez un matériel didactique fort intéressant et fort complet, servant au développement des organes des sens et à la formation élémentaire du jugement chez les débutants. Dans tous ces établissements, l'instruction marche de pair avec l'enseignement professionnel, afin de permettre aux enfants de suffire honorablement plus tard à leur propre existence.

Dans les établissements spéciaux, ne renfermant que des enfants peu ou pas éducables, idiots, débiles profonds, micro et macrocéphales, vous admirerez la grande propreté des lits et des salles et les soins remarquablement dévoués que reçoi-

vent, des religieuses infirmières, ces tristes débris de misères humaines.

L'ancienne maison de refuge de Reckheim fut transformée récemment en colonie-asile pour les condamnés ou renvoyés de poursuite, atteints de troubles mentaux : de grands potagers, une ferme de 200 hectares à mettre en valeur, de vastes ateliers permettent aux malades de s'y réadapter à la vie sociale par un travail obligatoire.

Les condamnés à perpétuité et les aliénés ayant commis des délits graves, un meurtre ou un assassinat seront actuellement envoyés à la colonie-asile de Reckheim avant leur mise en liberté définitive ; ils y seront soumis à une liberté surveillée qui évitera une libération trop hâtive.

Un sage de la Grèce a dit que les peuples s'honorent davantage en ouvrant des asiles pour les vieillards et en créant des hôpitaux pour les malades, qu'en remportant des victoires sur les champs de bataille.

Pendant la guerre, la Belgique s'est couverte de gloire par l'héroïsme de ses soldats. En temps de paix, elle veut conserver son bon renom de terre de prédilection pour les œuvres d'assistance aux malheureux.

Le D[r] DE MASSARY, président français du Congrès.

MONSIEUR LE MINISTRE,
MESDAMES,
MESSIEURS,

Je manquerais de claivoyance et de modestie et je ferais preuve d'une ingratitude qui me rendrait moins digne encore de l'honneur que vous m'avez accordé en m'élevant à la Présidence, si je prétendais, aujourd'hui, en mon nom seul, venir vous en remercier. Cette faveur si haute, je la dois à mon maître Brissaud, un des fondateurs de l'union féconde des aliénistes et des neurologistes; puisse sa mémoire me protéger, et m'élever à la hauteur de ma tâche.

Mes chers collègues, je compte également sur vous. Le Président n'est que le reflet du Congrès ; vous me donnerez les qualités que je voudrais avoir.

Pour la troisième fois, le Congrès des aliénistes et des neurologistes de France et des Pays de langue française se réunit à Bruxelles.

Les deux premières sessions se tinrent pendant l'époque heureuse où la Belgique, régie par les institutions les plus sages et les plus libérales, offrait au monde le spectacle d'un magnifique essor économique, colonial, artistique, scientifique et littéraire. Depuis, la Belgique a subi la conquête, la dévastation, l'incendie pour avoir poussé jusqu'à l'héroïsme le respect des contrats, le culte de la parole donnée. Les deuils subis pour cette cause, élèvent; maintenant la Belgique peut avoir l'orgueil légitime de briller au premier rang des nations honnêtes.

Pour nous, Français, l'émotion est singulièrement vive de nous trouver ici, en août 1924, dix ans après l'ultimatum brutal du 2 août 1914, au milieu de nos frères Belges, dans la sérénité d'une paix victorieuse, pour travailler et nous réjouir.

Le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges, accordé à notre troisième Congrès de Bruxelles, est un honneur dont nous sentons l'inestimable valeur. A vrai dire, ce geste ne nous étonne pas. Nous avons trop de respect et j'oserais même dire trop d'affection pour Sa Majesté le Roi Albert Ier, pour avoir douté un instant de sa bienveillance à notre égard. Le Roi-Soldat, qui sursauta d'indignation lorsque l'Allemagne lui donna brutalement à choisir entre les horreurs de la guerre et le déshonneur de manquer à sa parole et d'être ainsi complice de l'assassinat de ses meilleurs amis, ne peut se désintéresser de tout ce qui vient de France. Qu'il daigne accepter l'hommage de notre gratitude la plus émue.

Sa Majesté la Reine des Belges accorde à notre Congrès sa bienveillante attention. Sa Majesté connaît les liens qui unissent la psychiatrie et la neurologie à l'ophtalmologie dont son auguste père fut un glorieux adepte. Nous n'avons pas oublié que Sa Majesté elle-même, pendant la guerre, se dévoua pour les blessés de nos armées réunies ; dans les ambulances du front, elle ne se distingua des autres infirmières que par un dévouement plus grand et une grâce plus touchante.

Son Eminence, le cardinal Mercier, archevêque de Malines, primat de Belgique, retenu loin de nous par ses devoirs, a bien voulu nous accorder sa protection. Nous nous inclinons avec le plus profond respect devant sa haute personnalité morale qui, en 1914, au milieu des horreurs : traités déchirés, provinces saccagées, villes détruites, populations fusillées ou déportées, s'adressait dans sa pastorale de Noël « à tout ce qui est vrai, à tout ce qui est honnête, à tout ce qui est

juste, à tout ce qui est pur ». Lundi prochain, chez lui, à Malines, nous aurons l'honneur de lui témoigner notre vénération.

M. Masson, ministre de la Justice, a bien voulu accepter la présidence de notre séance solennelle d'ouverture. Nous sentons vivement l'honneur qu'il nous fait. Il vient de nous souhaiter la bienvenue en des termes qui nous ont vivement touchés. Saurons-nous maintenant exprimer notre reconnaissance pour le généreux accueil qui nous est fait ? Mieux que par des paroles, nous le ferons par des actes : nous étudierons le merveilleux essor de l'assistance aux aliénés, de l'organisation du système pénitentiaire en Belgique, et sachant la part qui lui revient dans ces progrès, nous le louerons en les faisant connaître.

J'unis dans notre reconnaissance toutes les autorités belges, qui, en se groupant pour constituer le Comité d'honneur de ce Congrès, sont les plus sûrs garants de sa réussite :

M. Poullet, Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène.

M. le Prof. Nolf, Ministre des Sciences et des Arts.

M. Adolphe Max, Ministre d'Etat et Bourgmestre de Bruxelles.

M. le baron de Beco, Gouverneur du Brabant.

M. Henry Dom, Directeur général du Service de la Bienfaisance au Ministère de la Justice.

M. Charles Didion, Directeur général au Ministère de la Justice, Membre du Comité-directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire.

M. le Prof. Brachet, Recteur de l'Université de Bruxelles.

Mgr Ladeuze, Recteur de l'Université de Louvain.

M. le Prof. Depage, Président de la Faculté de Médecine de Bruxelles, et de la Croix-Rouge de Belgique.

M. J. Servais, Procureur général près la Cour d'Appel de Bruxelles, Professeur de Droit pénal à l'Université de Bruxelles.

M. M. Benoidt, Président du Tribunal de Première Instance, Vice-Président de la Ligue Belge d'Hygiène Mentale.

M. le Général Docteur Wilmaers, Inspecteur général du Service de Santé de l'Armée belge.

Enfin je n'aurai garde d'oublier dans mes remerciements celui avec qui je partage les honneurs de la Présidence, mon cher collègue le Dr Glorieux, Inspecteur général des Etablis-

sements pour anormaux et malades mentaux du Royaume de Belgique, ainsi que notre Secrétaire général le Dr Auguste Ley, professeur de Psychiatrie à l'Université de Bruxelles. Je les ai vus travailler à la préparation de notre Congrès, avec toute leur intelligence et tout leur cœur ; ils ont implanté sur le sol si hospitalier et si riche de la Belgique, les traditions de nos Congrès, transmises avec tant de clarté et de dévouement par notre Secrétaire général permanent René Charpentier.

Mes chers Collègues,

Depuis notre dernière réunion, un deuil nous a frappés. Un de nos anciens Présidents, Gaston-Georges Deny, est mort. Au début de cette session de Bruxelles, à laquelle il désirait tout particulièrement assister, je le sais, et qu'il était venu préparer l'année dernière à Besançon, nous devons porter nos pensées émues vers celui qui nous aima, autant que nous l'aimions. Son souvenir ne nous quittera pas, ses qualités resteront nos modèles. Son esprit, doué d'un sens critique très affiné, son cœur si affable, faisaient de Deny un ami en lequel il était difficile de préférer ou la sagesse de ses conseils ou le charme de sa compagnie. Notre Congrès lui doit beaucoup, il ne l'oubliera pas.

⁂

Le programme de nos travaux est chargé ; nous aurons à étudier l'une des formes de l'enfance anormale : la débilité mentale, dont les rapporteurs, les Doct. Simon de Paris et Vermeylen de Gheel, nous en présenteront la substance ; avec le Dr Froment de Lyon nous étudierons les troubles du langage ; le Dr Fritz Sano de Gheel nous montrera le malade mental adapté à son milieu, dans l'assistance familiale. De nombreuses excursions nous initieront aux efforts faits par la Belgique dans l'amélioration du sort des aliénés ; nous pourrons étudier l'organisation du service pénitentiaire belge, expérience d'hygiène sociale et de thérapeutique de la criminalité tentée sous la vigoureuse impulsion du ministère van der Velde qui a ainsi continué l'œuvre commencée par le ministre Jules Lejeune, poursuivie dans le domaine de l'enfance par le ministre Carton de Wiart.

Mais tout ce que nous pourrons admirer ne doit pas nous faire oublier le passé. Comme le disait Renan : « Tous les

siècles d'une nation sont les feuillets d'un même livre ; les vrais hommes de progrès sont ceux qui ont pour point de départ un respect profond du passé. »

Comme préface à nos travaux et à nos visites, permettez-moi donc une incursion dans le domaine très ignoré de l'assistance aux aliénés sous l'Ancine Régime.

⁂

Sous l'Ancien Régime, l'histoire des aliénés et des anormaux est intimement mêlée à celle des prisons, des maisons de force, des Hôtels-Dieu, des hôpitaux généraux, des dépôts de mendicité, de certains couvents, et enfin de ces pensionnats dont les plus célèbres étaient tenus par les Frères de la Charité et dans le nord de la France en particulier par les Frères « Bon Fils ».

Cette histoire, peu étudiée jusqu'en 1911, est l'œuvre de notre collègue le Dr Sérieux, médecin-chef de l'asile de la Maison-Blanche, et de son collaborateur le regretté Lucien Libert, mort pour la France en 1916 ; mon ancien interne Philippe Chatelin lui consacra sa thèse inaugurale.

MM. Sérieux et Libert ont montré, en s'appuyant sur de nombreux documents inédits extraits des archives nationales et départementales, que l'administration des aliénés était soumise à des ordres précis et suivis. Les diverses modalités du placement par lettres de cachet ou par les soins de la justice, les formalités de l'admission, les garanties pour les malades, les règles pour la sortie, tout était prévu et ordonné.

Si les reproches adressés à l'Ancien Régime au sujet de la condition matérielle des aliénés sont en partie fondés, ceux qui furent élevés à propos de leur placement, du contrôle exercé sur les maisons de santé, ne sauraient résister à l'examen impartial des faits. On retrouve dans l'ancienne procédure une foule d'analogies avec les dispositions de la loi de 1838 et même des garanties que réclament aujourd'hui les auteurs des projets actuels de révision de la loi sur les aliénés.

Je désirerais vous résumer, aussi brièvement que possible, en prenant quelques exemples typiques choisis dans l'œuvre de MM. Sérieux et Libert, et dans la thèse de mon interne Chatelin, les diverses modalités du placement, formalités de l'admission, garanties dont bénéficiaient les malades, règles pour la sortie, en un mot tout ce qui a trait à la condition des aliénés. Chemin faisant, je vous décrirai brièvement un pen-

sionnat qui a pour moi un attrait particulier, celui de mon pays, Château-Thierry. J'espère vous démontrer que, loin d'être livrés au bon plaisir et à l'arbitraire, les aliénés bénéficiaient d'une procédure fixe, leur donnant des garanties formelles. Maintes fois on retrouve dans les informations précédant l'ordre d'interner la traduction de scrupules tels que ceux d'un subdélégué de Château-Thierry informant en janvier 1781 sur une affaire de libertinage : il écrit au ministre :

« J'auray l'honneur de vous observer que comme lorsqu'il s'agit de priver une personne quelconque de la portion la plus précieuse de son existence, de sa liberté, on ne peut trop apporter de circonspection et qu'en conséquence, pour mieux assurer les motifs qui ont décidé à la soustraire à la société, il me semble qu'il ne serait pas inutile de constater par une information écrite et cependant secrète, les faits qui doivent décider sa réclusion », etc.

L'enquête fut faite et l'ordre fut donné en mars pour la Salpétrière.

⁂

Comment entrait-on dans les maisons d'aliénés sous l'Ancien Régime ? Le règlement général de 1765 des maisons des Frères de la Charité est formel. L'article premier est ainsi conçu :

« Réceptions. — On ne recevra qui que ce soit, et sous quelque prétexte que ce puisse être, que ceux qui y seront conduits par ordre du Roy ou de justice. »

En examinant les différentes modalités qui aboutissent, en définitive, à ces ordres du Roy, on est étonné par l'analogie qui existe entre les coutumes de l'époque et les dispositions légales d'aujourd'hui. Les placements se faisaient, soit sur la demande des particuliers, ce qui correspond à notre placement volontaire, soit sur l'initiative de l'autorité publique, c'est notre placement d'office ; il y avait en plus un placement par l'autorité judiciaire, laissé de côté par la loi de 1838 et réclamé avec insistance par les réformateurs de cette loi. Placements volontaires et placements d'office existaient donc avant la loi de 1838, qui n'a fait que consacrer un état de choses préexistant, qu'inscrire dans le Code une survivance de l'Ancien Régime.

Le placement sur la demande des particuliers ne pouvait

avoir lieu qu'en vertu d'un ordre du roi portant le nom de *lettre de cachet*. Loin d'être un acte d'arbitraire la lettre de cachet est une garantie. Elle n'est délivrée qu'après une enquête préalable. Quand une famille voyait l'un de ses membres commettre, sous l'influence de troubles mentaux, des actes de nature à compromettre sa propre sécurité ou celle des siens, elle s'adressait à l'autorité du roi ; elle présentait un placet au roi lui-même ou au ministre de la maison du roi, directement ou par l'intermédiaire du lieutenant de police à Paris, ou de l'intendant en province ; dans ce placet la famille énumérait avec détails les faits qui, à son avis, nécessitaient l'internement. Ce placet était signé par plusieurs parents, par des amis, par des supérieurs. Souvent le placet est accompagné de véritables certificats, soit du curé de la paroisse, soit de médecins ou chirurgiens, ceci surtout dans la seconde moitié du XVIII[e] siècle.

Dès la réception de ce placet une enquête administrative est ordonnée ; on procède à l'interrogatoire de la personne incriminée, de ses parents, des voisins, de « toutes les personnes dignes de foi ».

Le lieutenant général de police rédige enfin un rapport qu'il transmet au ministre avec sa conclusion. Ce dernier prend alors, en toute connaissance de cause, une décision : il délivre la lettre-cachet qui sera signée par le Roi, mais il peut aussi la refuser. Il n'est même pas rare de trouver dans les archives des refus d'ordres, l'internement ne paraissant pas justifié suffisamment.

« Les faits allégués ne peuvent, écrit un ministre qui refuse de faire délivrer une lettre de cachet, servir de motif légitime pour priver de sa liberté un homme maître de ses droits et qui n'est plus dans la dépendance de personne. »

Et il charge l'intendant de prévenir les parents qui ont signé le placet « qu'ils ne doivent pas compter sur l'expédition des ordres qu'ils sollicitent ». Par contre, si le ministre déclare : « Je pense que l'ordre est juste », la lettre de cachet autorisant l'internement est signée et remise à l'autorité administrative pour exécution.

Des exemples nombreux apportent des preuves irréfutables de la régularité de cette procédure. Le cas suivant, concernant un alcoolique dangereux, peut être considéré comme un schéma :

La femme de Joseph Bouquet, maréchal-ferrant, faubourg Montmartre, adresse au lieutenant de police un placet demandant l'internement de son mari à la Charité de Senlis.

« pour arrêter le désordre dangereux dans lequel il est plongé depuis plusieurs années, pour prévenir les malheurs de la vie scandaleuse du dit Bouquet qui, dans son ivresse, met tout en usage pour arriver à une fin ignominieuse ».

Le placet porte les attestations de « personnes dignes de foy » et les signatures des voisins. Le chapelain de la paroisse de Bouquet délivre un certificat qui conclut à la nécessité de le

« mettre en lieu où étant éloigné de toute occasion prochaine de tomber dans de pareils excès, il puisse revenir à luy et faire de sérieuses et salutaires réflexions sur sa vie débordée ».

Le lieutenant de police met en marge du placet : « Au Sieur Vasson pour vérifier avec soin cet exposé ; m'en rendre compte. » L'exempt Vasson déclare

« que les faits exposés sont très vrais. Le sieur Bouquet est un homme des plus terribles (depuis l'envoi du placet, la dame Bouquet a failli être étranglée par son mari, etc.). Je crois qu'il est juste d'accorder à la suppliante la détention de son mari qu'elle demande » (5 juin 1739).

Le 2 juillet, une lettre de cachet ordonne le placement de Bouquet à la Charité de Senlis :

De par le Roy, Cher et Bien aimé, Nous vous mandons et ordonnons de recevoir dans votre maison Joseph Bouquet et de l'y garder jusqu'à nouvel ordre de nous, moyennant la pension qui vous sera payée par sa femme, si n'y faites faute, car tel est notre plaisir. Donné à Versailles le 2 juillet 1739. Signé : Louis.

Dans certains cas, cette procédure peut paraître un peu lente ; on y remédie par un *ordre provisoire,* appelé encore *ordre anticipé,* du lieutenant général de police ; mais dans ces cas le Roi est « supplié d'envoyer un ordre », pour régulariser la situation. La mesure provisoire du lieutenant de police, comme l'ordre du Roi, ne sont pris qu'à la suite du placet et de l'enquête administrative. Un épileptique, pensionnaire libre dans le « bâtiment de liberté » de la Charité de Château-Thierry, s'échappe. Sa famille le ramène

« dans un état de marasme et d'imbécillité dont il ne sort que pour entrer dans des accès de folie et de fureur très dangereux ».

Le prieur demande à être autorisé par le ministre à le faire passer dans le « bâtiment de sûreté ». Le subdélégué de Château-Thierry écrit à l'intendant :

« Aussi n'ai-je point hésité à faire usage de la faculté que vous avez bien voulu m'accorder de le consigner provisoirement dans la maison fermée. »

L'intendant répond à la mère qu'il l'autorise à faire passer son fils dans l' « endroit de sûreté ».

« Mais je vous préviens que ce ne sera que pour vous donner le temps nécessaire pour obtenir un ordre du Roy ou une sentence des juges qui en doivent connaître, etc. ».

Au lieu de demander l'internement du malade en vertu d'un ordre du Roi, la famille pouvait solliciter un ordre de justice. Elle poursuivait devant les tribunaux l'interdiction de l'aliéné. La sentence d'interdiction permettait l'internement de l'interdit dans un asile.

Parallèlement au placement des aliénés et anormaux sur la demande de leur famille, qui n'était autre que notre placement volontaire, fonctionnait le *placement par l'autorité publique* ou *placement d'office*. Au XVII[e] et au XVIII[e] siècles, comme de nos jours, l'autorité publique ne pouvait se désintéresser des

« personnes dont l'état d'aliénation compromettait l'ordre public ou la sécurité des personnes ».

Deux sortes de placements existaient dans ces circonstances: le placement d'office par « ordre du Roi », sur sollicitation de l'autorité administrative ; le placement par « ordre de justice » ou placement d'office par autorité judiciaire.

Le placement d'office par « ordre du Roi » sollicité par l'autorité administrative se fait ainsi : le lieutenant de police à Paris, ou l'intendant en province s'aperçoivent des dangers que fait courir un aliéné à l'ordre public ou à la sûreté des personnes ; une enquête est prescrite ; les résultats en sont communiqués par l'autorité administrative au ministre de la maison du Roi, qui sollicite une lettre de cachet.

En novembre 1707, le lieutenant de police d'Argenson apprend qu'une folle persécute le curé de Saint-Pierre-les-Bœufs. Il fait faire une enquête qui relate que cette

« folle traite le curé de voleur, de scélérat, quoique ce bon ecclésiastique, âgé de quatre-vingt-neuf ans, ait toujours vécu avec édi-

fication ; elle est vêtue comme une mendiante ; son séjour le plus ordinaire est à la porte de ce bon curé qu'elle insulte par des cris affreux et des injures continuelles, etc... ».

D'Argenson écrit au ministre et obtint le 7 décembre une lettre de cachet du roi, permettant d'enfermer cette folle dans un monastère de province.

Dans certains cas, particulièrement urgents, le lieutenant de police ou l'intendant donnent un *ordre provisoire* en attendant la lettre de cachet.

« Mais ces cas sont toujours rares et la liberté dont jouissent sous la protection des lois les sujets de Sa Majesté est un bien si précieux, qu'il ne peut leur être ôté que par les décrets de la justice ou par l'autorité immédiate de Sa Majesté, quand elle juge à propos de l'employer » (Joly, *Les lettres de cachet*).

Le placement par l'autorité judiciaire, c'est-à-dire par « ordre de justice » réclamé maintenant par de nombreux réformateurs de la loi de 1838, était fort employé ; une notable partie des aliénés étaient en effet placés par ordre du procureur général du Parlement, arrêt du Parlement, sentence de la prévôté de l'Hôtel du Roi, sentence d'interdiction.

« Appert la Cour ordonne entre autres dispositions que ledit Louis Bourgeois sera mené et conduit en la maison de force du château de Bicestre pour y être détenu, nourri, traité et médicamenté comme les autres insensés. »

Il est enfin une dernière catégorie de malades, qui correspond à nos « nerveux », à nos « petits mentaux » et qui entrent dans les maisons de santé librement ; c'est celle des pensionnaires « libres » ou de « bonne volonté » ; ils sont parfois qualifiés « d'esprits faibles ». Ils jouissent de la liberté de la campagne. Lorsque la nécessité s'impose de les placer avec les aliénés, il faut mettre en action la procédure ordinaire : placet, enquête, avis du lieutenant de police ou de l'intendant, lettre de cachet, qui conclut à l' « ordre de retenir ».

Lettres de cachet ou sentences des magistrats sont transmises au lieutenant de police ou à l'intendant qui en assurent l'exécution :

« De par le Roy. Il est ordonné d'arrester Pierre-Philippe Dupuis et de le conduire aux frais de son père dans la maison des frères de la Charité de Château-Thierry. Fait à Versailles le 2 septembre 1753. — Signé : Louis, contresigné de Voyer d'Argenson.

Le supérieur de la maison d'aliénés appose « au pied » de l'ordre de prise de corps la reconnaissance de la remise qui lui a été faite du pensionnaire, remise faite soit par un sous-lieutenant de la maréchaussée, soit par un inspecteur de police, qui lui-même rend compte de l'exécution des ordres du roi. A remarquer qu'il est recommandé aux agents de la maréchaussée de revêtir l'habit civil pour rassurer le malade.

⁂

Sans compter les deux salles réservées à l'Hôtel-Dieu, au traitement des fous, il y avait à Paris vingt-deux hôpitaux et maisons où l'on recevait des pensionnaires : la Salpêtrière, Bicêtre, les Petites-Maisons, la Charité de Charenton et dix-huit pensionnats disséminés dans Paris, trois dans le quartier Montmartre (dont Saint-Lazare), six dans les faubourgs Saint-Jacques, Saint-Marcel et Denfer, neuf dans le faubourg Saint-Antoine (dont la maison du sieur Belhomme, sise rue de Charonne, où étudia Pinel de 1781 à 1785).

Enfin la Bastille, le For-l'Evêque, Vincennes abritaient des aliénés, des anormaux ; dans les prisons ordinaires du grand et du petit Châtelet, ou dans leurs infirmeries, on trouvait, oubliés là, nombre de faibles d'esprit et de délinquants anormaux, voire même des épileptiques et aliénés.

En province, il n'y avait que deux établissements : l'Hôtel-Dieu de Lyon et l'Hôpital général de Rouen où l'on traitait officiellement les fous. Mais, soit pour mettre en sûreté les aliénés, soit pour les traiter, il s'était ouvert de nombreux pensionnats, les uns tenus par des religieux, les autres par des séculiers. Les Frères de Saint-Jean-de-Dieu en avaient de réputés à Senlis, à Château-Thierry, à Pontorson, à Cadillac, à Romans, etc. ; les frères de Picpus de Fontaine dans la campagne de Lyon, les Observantins de Manosque dans les Basses-Alpes, les filles de la Providence à Saumur et la confrérie des Pénitents de la Miséricorde à Avignon, enfin les Cordeliers, les Frères de la doctrine chrétienne donnaient asile et soins dans certaines de leurs maisons à de nombreux aliénés. D'une manière générale ces hôpitaux étaient bien mieux installés que ceux qui alors appartenaient aux villes.

La Charité de Château-Thierry, située en dehors de la ville, accrochée au flanc d'une colline dont les pentes cultivées dévalent vers la Marne, bien orientée au midi, ouvre ses fenêtres

sur la vallée ; l'atmosphère est légère, transparente, bleutée ; le paysage, fin et discret de l'Ile-de-France, est borné par la colline boisée qui s'élève sur la rive opposée de la rivière ; parmi les bois se dresse le pignon tapissé de lierre et revêtu de tuiles brunes de la ferme de la Tuéterie, petit domaine de Jean de Lafontaine. Dans ce milieu, d'une tranquillité reposante, les malades, soignés par les Frères, jouissent d'autant de liberté que le comporte leur état. Le couvent se compose d'un « bâtiment de liberté » et d'un « bâtiment de sûreté ». Dans le premier vivent les pensionnaires libres, dans le second les malades placés par ordres du Roi ou de justice. Les premiers seuls jouissent de la « liberté de la campagne » ; ils travaillent aux champs, descendent même à la ville.

Lafontaine en rencontra-t-il quelques-uns dans ses promenades solitaires, ou dans les rues de Chaûry, au carrefour du Beau-Richard ? C'est possible. Il ne les comprit guère :

« Jamais auprès des fous ne te mets à portée,
Je ne te puis donner un plus sage conseil...
Un fol allait criant par tous les carrefours
Qu'il vendait la sagesse ; et les mortels crédules
De courir à l'achat ; chacun fut diligent.
On essuyait force grimaces,
Puis on avait pour son argent
Avec un bon soufflet, un fil long de deux brasses.

Et Lafontaine en concluait :

Les gens bien conseillés, et qui voudront bien faire,
Entre eux et les gens fous mettront, pour l'ordinaire,
La longueur de ce fil ; sinon je les tiens sûrs
De quelque semblable caresse. »

N'imitons pas la prudence de mon illustre compatriote.

Nous connaissons, d'après les archives des couvents des Frères de la Charité, le régime de leurs pensionnaires.

« A son arrivée le malade est conduit dans une chambre garnie d'un bon lit, d'une chaise, d'une table. On le dépouille de ses vêtements et on le met au lit. On emporte tous ses effets et on les visite avec soin, pour voir s'ils ne recèlent pas quelques instruments propres à favoriser une évasion. Puis on lui rend les vêtements dont il a besoin et l'on substitue un bonnet, des pantoufles à son chapeau et ses souliers, de façon qu'il soit facilement reconnu par les voisins en cas d'évasion. Tous les effets appartenant au prisonnier sont inscrits sur un registre pour les lui rendre lors de sa sortie. »

Dans le couvent le classement des malades se fait dans le bâtiment de liberté, dans le bâtiment de sûreté.

Le bâtiment de liberté comprend les chambres des pensionnaires jouissant de la liberté de sortir de la maison.

Le bâtiment de sûreté comprend trois divisions : la « demi-liberté » pour les pensionnaires à qui l'on accorde une certaine liberté à l'intérieur de la maison : aliénés calmes, inoffensifs ; la « force » ou « maison fermée », dans laquelle on place les aliénés violents, insociables, dangereux ; et les pensionnaires sont, selon les mots de l'époque, « fermés », « resserrés », « gardés à vue ». Enfin le « cachot » pour les aliénés dangereux, destructeurs. Lorsqu'un pensionnaire y est isolé, le supérieur instruit, sur-le-champ, le ministre ou le magistrat des motifs qui l'ont déterminé à prendre cette mesure.

Dans les villes, ces maisons fermées, « force ou cachot », dominent. A la campagne les divisions de demi-liberté sont les plus peuplées. Voici les réflexions que le sieur Gilbert, régisseur, fait au sujet de la maison des moines de Picpus de Fontaine, près Lyon :

« Il y a vingt bûcherées de terre en jardinage, vigne et blés qui entourent les deux bâtiments, situés entre trois chemins et la rivière de Saône qui en baigne les murs, rendant les bains très faciles aux insensés et des promenades sûres... Ces vingt bûcherées de terre sont cultivées par les domestiques de l'hôpital et leur produit est consommé par les pensionnaires. Cette culture occupe les domestiques qui sont toujours prêts à contenir les insensés dans leurs accès sans cesser le travail. Le produit de ces terres paye les gages des domestiques et tout est profitable dans un hôpital d'insensés à la campagne. Il faut donc conserver un jardin aux insensés qui en consomment l'hortolage et tous les autres fruits, en jouissant de la promenade qui leur est aussi très nécessaire ; un air renouvelé et la dissipation ménagée sont les remèdes les plus efficaces de la folie, aidés par les remèdes moraux. On les trouve tous à la campagne, où tous les hôpitaux des insensés doivent être placés ; c'est l'avis des médecins et celui des recteurs de l'Hôtel-Dieu de Lyon qui reconnaissent que le traitement des insensés ne peut pas réussir à l'Hôtel-Dieu à cause du mauvais air qui règne dans leurs cachots et de l'impossibilité de les en faire sortir, crainte qu'ils ne troublent la tranquillité des autres malades. »

***

Il ne faut pas croire que le service médical était inexistant. Contrairement à ce que l'on pense, les maladies mentales

n'étaient pas considérées comme incurables. Les religieux, chargés des soins à donner aux malades, avaient des connaissances de médecine et de chirurgie ; par leur stage dans la maison de Charenton, par leur vie tout entière passée au milieu des aliénés, ils acquéraient une grande expérience clinique ; le Frère directeur des pensionnaires, le Frère infirmier, le Frère apothicaire, le Prieur, tous avaient leur rôle bien tracé ; ils n'ignoraient pas l'importance de la surveillance continue des aliénés ; pour les mélancoliques, pour ceux qui veulent « se défaire » (idées de suicide), on met des gardes qui ne les quittent ni jour ni nuit. Loin d'avoir en thérapeutique le scepticisme auquel nous aboutissons trop souvent par la longue observation des faits, nos prédécesseurs religieux usaient avec confiance de tous leurs moyens d'action : saignées copieuses, douches, froides ou chaudes, bains, purgatifs, antispasmodiques, ellébore, etc. De plus, ils connaissaient parfaitement toutes les ressources du traitement moral ; le directeur des pensionnaires, l'aumônier, le prieur voient les malades souvent et individuellement pour les rappeler à eux-mêmes, les réconforter. La vie des pensionnaires est minutieusement réglée ; la nourriture est soignée, un mémoire de 1745 en expose l'appétissant menu.

***

Dans ces couvents, les pensionnaires n'étaient pas pour toujours séparés du monde, abandonnés de tous, oubliés dans les cachots. Loin de là ; des garanties veillaient, qui sont celles que retrouvèrent ultérieurement les législateurs de 1838.

Les registres des pensionnaires étaient parfaitement tenus ; sur ces registres sont inscrits les noms des pensionnaires, leur naissance, leur filiation, le prix de la pension et le nom de la personne par qui celle-ci est payée, ses bijoux, ses meubles, son argent. En face de chaque nom se trouve la mention de l'ordre d'internement, ordre du Roi, ou de justice, et quelquefois des mentions touchant l'état mental.

Les pensionnats sont soumis au contrôle et à l'inspection des autorités administratives et judiciaires. A Paris le lieutenant de police, en province l'intendant, partout les magistrats font des inspections périodiques

« pour apprendre par les pensionnaires eux-mesmes, dit d'Argenson, la situation où se trouvent leur esprit et leur santé, afin qu'ils ne se croient pas entièrement oubliés et que dans la longue

durée de leur prison, que le service du Roy rend nécessaire, ils ayent la consolation d'apprendre que Sa Majesté en est informée de temps en temps ».

Dans une note de 1784 intitulée : *Idée générale sur les maisons de force,* on insiste sur l'utilité de ces inspections :

« Le commissaire et représentant du Roy dans la province doit avoir entrée dans cette maison et la vérifier de fois à autre. Ces visites produisent deux bons effets : elles donnent de l'autorité au supérieur, elles consolent les détenus et préviennent et arrêtent les abus. »

En plus de ces moyens intermittents, le contrôle se fait par les rapports constants que le prieur est tenu d'envoyer à l'autorité administrative ; il est obligé de rendre compte de tout « au magistrat chargé de la police de la maison ».

Barnabé Guillot, prieur de la Charité de Château-Thierry, écrit à Bertin, lieutenant de police :

« Comme depuis longtemps, Monseigneur, je n'ay rien eu à vous marquer de particulier au sujet du sieur Jordany, c'est ce qui m'a privé d'avoir l'honneur de vous écrire. J'ay celuy de vous dire qu'il est tranquille et qu'il nous paraît qu'il n'a plus ses idées du couteau, mais que de temps en temps il paraît triste et comme n'étant point à luy ; il me dit, il y a quelque temps, qu'il ne pouvait s'expliquer ; il a aussi toujours ses idées de vouloir prendre des médicaments violents ; je l'en dissuade autant qu'il m'est possible et je ne luy en donne point du tout ; depuis quelque temps il a commencé à prendre le petit lait qu'il continue. »

Les réclamations des pensionnaires parviennent aux autorités ; lorsqu'elles paraissent devoir être prises en considération une enquête est ordonnée.

***

Pour la sortie la procédure est analogue à celle de l'entrée. Les parents adressent un nouveau placet, appuyé par le « bon témoignage du Prieur ». Le lieutenant de police ou l'intendant fait une enquête, puis transmet le placet au ministre avec un rapport ; le ministre décide ; une lettre de cachet signée du roi, contresignée par le ministre, ordonne alors, s'il y a lieu, de mettre le sieur N. en pleine et entière liberté.

Les transferts sont minutieusement réglés ; les évasions,

dont la possibilité est envisagée, déclanchent des recherches faites par la maréchaussée. Enfin un pensionnaire vient-il à décéder, vite l'autorité administrative est prévenue.

⁂

Dans ces couvents de province, le régime des aliénés avant 1789 apparaît donc singulièrement différent de ce qu'ont décrit certains auteurs, épris d'antithèses, affirmant que l'Europe de l'Ancien Régime considérait les aliénés comme possédés du démon et les traitait comme des malfaiteurs, ou comme des bêtes ; cette affirmation fallacieuse leur permettait de vanter la « Révolution proclamant la vérité : les aliénés sont des malades ».

En réalité, dans les villes, les aliénés, quoique régis par les mêmes procédures, sont souvent dans des conditions matérielles déplorables. A l'Hôtel-Dieu de Paris

« les salles sont tout à fait insuffisantes et conçues contre tous principes, la chaleur y est excessive, les lits y sont surchargés, les fous, n'ayant ni corridors, ni cour, ni promenoirs à leur disposition ».

Ainsi s'exprime Tenon dans son mémoire de 1788.

« Chaque malade, ajoute-t-il, n'y a pas deux toises cube d'air à respirer, tandis qu'il lui en faut plus qu'aux autres malades puisqu'il respire plus souvent et qu'il en consomme davantage. Ce n'est pas tout, cet air nuisible par sa chaleur et par sa trop modique quantité l'est encore par sa corruption car la salle dont il s'agit n'a d'autres issues et d'autres communications qu'avec la vaste salle des blessés, l'une des plus malsaines de l'Hôtel-Dieu », etc.

A Bicêtre, à la Salpêtrière, c'est le froid qui les incommode, car les fous et les folles couchent parfois dehors, même en hiver, ou habitent des loges situées sur le sol même ; ceux ou celles, du moins, qui sont trop furieux pour être avec les autres. Les tranquilles sont entassés à 3 ou 400 dans des loges bâties pour en contenir 100. Cet encombrement, défaut capital des hôpitaux et asiles, explique, sans le justifier, l'usage des chaînes et autres moyens de contention mécanique. Comment eût-on pu s'en passer lorsque la réunion de plusieurs malades dans le même lit empêchait l'emploi d'une camisole de force relativement souple et masquait les vertus calmantes de l'alitement ?

A la fin du règne de Louis XVI, des réformateurs s'inspirent, dans les projets qu'ils commencent à mettre à exécution, des méthodes employées par les religieux de la Charité dans leurs diverses maisons. Colombier et Doublet, inspecteur général et inspecteur adjoint des maisons de force et hôpitaux, publient leur instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés. En 1787 Soulavie rapporte d'Angleterre une brochure sur le « Traitement des insensés dans l'hôpital de Bedlam à Londres » qui est traduite par l'abbé Robin, chapelain du roi. Tenon prépare, à l'instigation de Louis XVI, ses mémoires sur les hôpitaux de Paris, multiplie ses observations sur les fous, étudie l'organisation des asiles de l'Angleterre, fait un projet d'installation de l'hôpital Sainte-Anne pour le traitement des aliénés ; Viel, architecte des hôpitaux civils de Paris, est chargé de démolir les cachots de la Salpêtrière et de construire de nouvelles loges.

La Révolution survient ; « elle détruit toutes les institutions de bienfaisance, dit Esquirol, et d'autres soins occupent les esprits et le gouvernement ». Aussi, malgré les rapports détaillés que La Rochefoucauld-Liancourt fait au nom du Comité de Mendicité à l'Assemblée nationale, les efforts entrepris sont oubliés.

Mais, dans ce désarroi, Pinel continue à travailler. Nommé médecin des infirmeries de Bicêtre le 25 août 1793 et secondé par Pussin qui dirige alors le quartier des aliénés, il met en pratique le résultat de ses études, crée une infirmerie pour les insensés malades, améliore le régime, entreprend de déchaîner les grands agités.

Il faut lire le magnifique monument de piété familiale écrit à la mémoire de son aïeul Pinel par notre collègue Sémelaigne. Pinel considère que la première réforme à faire est l'abolition des chaînes. Mais pour cela, il faut l'assentiment de la commune, soupçonneuse et jalouse de son autorité absolue. L'esprit de Marat y dominait. La loi des suspects n'avait pas disparu.

Pinel, d'après le récit de son fils Scipion, prend le parti de se rendre lui-même à la Commune de Paris, et là, répétant ses plaintes avec une chaleur nouvelle, il exige la réforme d'un traitement si monstrueux. — Citoyen, lui dit un des membres de la Commune, j'irai demain à Bicêtre te faire une visite, mais malheur à toi si tu nous trompes et si tu recèles les ennemis du peuple parmi tes insen-

sés. — Le membre de la Commune qui parlait ainsi était Couthon. Le lendemain il arriva à Bicêtre. Couthon est peut-être lui-même un spectacle aussi étrange que celui qu'il vient voir ; privé de l'usage de ses deux membres inférieurs, il semble une fraction humaine plantée sur un autre corps, et, du haut de sa difformité, laisse tomber, d'une voix molle et féminine, des sentences impitoyables, des sentences de mort, car la mort est la seule logique qui règne en ce moment. Couthon veut voir et interroger lui-même les fous, les uns après les autres ; on le conduit dans un quartier, mais il ne recueille que des injures ou même de sanglantes apostrophes, et n'entend, au milieu de cris confus et de hurlements forcenés, que le bruit glacial des chaînes qui retentissent sur des dalles dégoûtantes d'ordures et d'humidité. Fatigué bientôt de la monotonie et de l'inutilité de ses recherches, Couthon se tourne vers Pinel : « Ah çà, citoyen, lui dit-il, es-tu fou toi-même de vouloir déchaîner de pareils animaux ? — Citoyen, lui répondit celui-ci, j'ai la conviction que ces aliénés ne sont si intraitables que parce qu'on les prive d'air et de liberté, et j'ose espérer beaucoup de moyens différents. — Eh bien ! fais-en ce que tu voudras, je te les abandonne, mais je crains bien que tu ne sois victime de ta présomption. »

J'ai tenu à citer en entier le récit de cette mémorable matinée. Maître désormais de ses actions, Pinel accomplit, à Bicêtre d'abord, à la Salpêtrière ensuite, la réforme capitale à laquelle son nom est attaché ; il prouve que

« les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit rechercher, par les moyens les plus simples, à rétablir la raison égarée ».

Tandis que les chaînes tombaient à la Salpêtrière, un enfant grandissait ici ; né à Gand le 2 février 1797, Joseph Guislain fit de fortes études à l'Université de Gand et à 25 ans fut l'initiateur puissant de l'effort qui porta la Belgique au premier rang des nations dans l'organisation de l'assistance aux aliénés.

Nommé médecin des deux asiles d'aliénés des Hospices civils de Gand, assisté de celui qu'il proclame un des grands bienfaiteurs du pays, le chanoine Triest, aidé par les Frères et les Sœurs de la Charité, Guislain s'attache d'abord à améliorer les établissements de la ville de Gand. Puis, élargissant son cercle d'action, Guislain fit de nombreux voyages, dans les Flandres, en Angleterre, en France, en Suisse, en Italie. Partout où il passe, Guislain recueille des notes sur tout ce qu'il estime

pouvoir être utile à la grande œuvre qu'il élabore. La renommée l'a précédé partout, et partout Guislain est reçu comme un maître plutôt qu'en visiteur désireux de s'instruire.

Pendant toute sa vie, partout où il le put, que ce soit à l'Académie royale de Médecine de Belgique, à la Société de Médecine de Gand, dans ses cours à la Faculté de Médecine de Gand, dans les conseils de la cité, dans les commissions officielles auxquelles il participe, partout, par la plume et par la parole, avec une vigueur qui ne se démentit jamais, Guislain plaida la cause des aliénés et réclama des réformes.

Sa voix fut entendue ; la loi belge de 1850 est presque entièrement son œuvre personnelle. Depuis lors, la question s'est encore élargie ; de nouveaux règlements portent en Belgique l'assistance aux aliénés à son plus haut degré de perfection : assistance dans les asiles, assistance en dehors des asiles, assistance familiale ; sans parler de l'admirable organisation du service pénitentiaire : laboratoires d'anthropologie, annexes psychiatriques, sections thérapeutiques spéciales pour les anormaux et les malades dans les prisons, organisation du service industriel dans les prisons, prisons-écoles ; questions d'un intérêt capital, que nous allons avoir à étudier sur place, guidés par nos amis Belges.

⁂

Sur la proposition du Président, l'assemblée vote par acclamations la nomination des Présidents d'honneur et des secrétaires des séances du Congrès, dont les noms figurent en tête de ce volume.

DISCUSSION

DES

RAPPORTS

PREMIER RAPPORT

PSYCHIATRIE

UNE DES FORMES DE L'ENFANCE ANORMALE : LA DÉBILITÉ MENTALE

LIMITES ET ÉVOLUTION ; FORMES ET COMPLICATIONS

RAPPORTEURS : **MM. Th. SIMON et G. VERMEYLEN**

RÉSUMÉ DU RAPPORT

M. Th. SIMON (de Paris). — Un problème important de la débilité mentale chez l'enfant serait de déterminer l'avenir du sujet et le niveau maximum de développement intellectuel qu'on peut attendre pour lui. Couramment nous préjugeons l'avenir d'un enfant par son état présent ; nous généralisons celui-ci. Aujourd'hui où nous possédons des procédés de mesure pour le développement intellectuel, on pouvait se demander si ces procédés ne pourraient conduire à des conclusions plus exactes. Une seule méthode semble susceptible de le permettre : mesurer le développement intellectuel d'enfants à un moment donné ; le mesurer de nouveau quelques années plus tard et voir alors ce que ces enfants sont devenus.

Chez les enfants normaux on constate le plus souvent dans ce cas une avance intellectuelle régulière de 12 mois par année. Chez les enfants débiles les choses ne se passent pas de même : 1° une certaine proportion d'enfants débiles seulement font des progrès ; bon nombre restent stationnaires ; les chan-

ces de progrès augmentent avec le quotient d'intelligence de l'enfant à l'époque de son premier examen ; — 2° quant aux enfants débiles qui avancent, leurs progrès sont inférieurs à une année par an, de telle sorte que leur retard va sans cesse augmentant. Ces gains sont d'autant moindres chaque année que le quotient d'intelligence du sujet est plus bas. Ils sont également plus grands chez les sujets jeunes (de moins de 12 ans par exemple) que chez les sujets plus âgés.

D'après ces constatations, la formule de la débilité mentale deviendrait donc la suivante : retard intellectuel, développement ralenti, précocité des arrêts.

Erratum : p. 16 du rapport lire :

ligne 4 : « 0,70 » au lieu de « 0,83 ».
ligne 7 : « 6 ans 3 » au lieu de « 7 ans ».
ligne 8 : « 8 ans 6 mois » au lieu de « 9 ans 3 mois ».
ligne 27 : « 4 ans 4 » au lieu de « 6 ans ».
ligne 28 : « 4 mois » au lieu de « 5 mois ».

M. Vermeylen (de Gheel). — La débilité mentale ne répond pas à un type unique dont la symptomatologie se résumerait en une insuffisance plus ou moins marquée de l'intelligence. Elle se répartit encore en types cliniques, indépendants du niveau mental, mais influant sur le pronostic et le rendement social ultérieur.

Ces types ont été dégagés au moyen d'une méthode de tests plus analytique que les échelles habituellement employées. Ils se classent en deux catégories. Tout d'abord le type harmonique, très fréquent chez les sujets normaux (85 0/0), beaucoup moins fréquent chez les débiles (50 0/0). Ce type se caractérise par l'équilibre entre toutes les activités mentales sans anomalies surajoutées de l'intelligence ou du caractère (débiles pondérés).

Ensuite le groupe des débiles désharmoniques qui présentent, en plus de leur déficience globale, un déséquilibre électif portant sur l'une ou l'autre activité mentale : les fonctions intellectuelles supérieures chez les sots, l'affectivité chez les émotifs, l'activité générale chez les instables.

Le débile mental peut en plus au cours de sa vie, ou dès le début, présenter des complications et des accidents qui peuvent eux aussi influer sur son évolution mentale. C'est tout d'abord l'épilepsie qui fréquemment fait regresser le débile et le fait en quelque sorte passer de l'état d'arriération à celui de

démence. Ce sont les troubles de l'activité, turbulence et apathie qui aggravent le pronostic. C'est la délinquance, très fréquente chez les débiles, mais pouvant se présenter différemment : chez les uns toute passive et résultant surtout des influences du milieu et des circonstances, chez les autres active et semblant répondre à des tendances innées. C'est enfin la folie qui complique moins souvent peut-être qu'on ne le croirait la débilité mentale et qui ne survient le plus souvent que chez des débiles légers ayant subit les heurts de la vie.

Discussion

M. Hesnard (de Bordeaux) présente quelques remarques aux triples points de vue auxquels se sont placés les rapporteurs :

1° Le point de vue *psychométrique* ou quantitatif, assurément essentiel mais dont le seul intéressant, la fonction intellectuelle n'étant qu'un aspect isolé de l'esprit et le « niveau » intellectuel — très difficile d'ailleurs à préciser chez les adultes —, n'étant nullement le niveau psychique.

2° Le point de vue *pédiatrique,* regrettant que les rapporteurs n'aient pas élargi leur rapport et étendu la question à celle des variations de la débilité mentale d'après l'âge.

3° Le point de vue *intellectualiste,* assurément très limitatif. Il y a lieu de s'occuper avant tout de *l'affectivité* du débile laquelle commande les réactions et l'utilisabilité du sujet ; c'est la dissociation fréquente entre la débilité proprement *intellectuelle* et la débilité *affective* qui explique non seulement un grand nombre de fausses lacunes intellectuelles de certains sujets, mais encore le paradoxe de la fréquence du diagnostic de débilité mentale chez les délirants malgré la constatation bien établie du nombre exceptionnel d'enfants débiles ayant versé dans la psychose.

M. Porot (d'Alger), confirme la division clinique des débiles proposée par les rapporteurs. Il faut insister sur la *plasticité mimique* de certains débiles, qui sont souvent de véritables *hypomanes* ; cette aptitude mimique va parfois jusqu'au *maniérisme* et prend souvent l'aspect du *puérilisme mental.* Il rappelle à ce propos, ce qu'il a dit, avec Hesnard, du puérilisme mental, à savoir qu'il s'agit presque toujours d'un phénomène d'éducation pithiatique (suggestibilité des débiles, des mythomanes, des confus au réveil, des déments précoces

au début). Chez certains débiles indigènes, il a pu observer le phénomène de l'*échomimie* ou des attitudes de pithiatisme étranges et caricaturales. Ce maniérisme grotesque des débiles fait penser parfois à la simulation ; ce n'est qu'une des formes de la *sursimulation;* il faut y penser dans les expertises.

Il insiste sur les petits stigmates neurologiques, assez fréquents chez les débiles, en particulier le *syndrome d'insuffisance motrice,* qu'avait signalé Dupré; l'auteur a observé des états d'astasie, des pseudo-paraplégies en flexion, des démarches pseudo-cérébelleuses. Il a rencontré aussi le tremblement, le nystagmus, le strabisme, des mouvements choréïques de la face.

Il insiste sur la *relativité de la notion de débilité mentale suivant les races envisagées,* demande qu'on prenne toujours en considération le coefficient ethnique et esquisse, à ce propos, la formule psychique de l'indigène musulman, chez lequel il y a absence d'idées générales, incuriosité scientifique, syllogismes simples, parfois stupides dans leurs conclusions, crédulité, suggestibilité et entêtement.

Il insiste sur la fréquence des *épisodes psychopathiques* chez le débile (accès confusionnels, bouffées délirantes, états maniaques ou dépressifs, crises impulsives), alors que les véritables vésanies évolutives sont rares. Il souligne la tolérance presque nulle du débile à l'alcool, la facilité du délire toxique si c'est un débile simple, la réaction violente et délictueuse d'emblée, si c'est un déséquilibré et un impulsif.

A l'appui de l'influence du milieu sur la délinquance du débile, il montre que, parmi les délinquants des bataillons d'Afrique (dont le recrutement se fait chez les sujets ayant eu des condamnations avant l'âge de 20 ans), plus de la moitié sont des enfants naturels, pupilles de l'Assistance Publique, livrés aux hasards des placements, sans tutelle familiale.

M. Courbon (de Stephansfeld). — Le débile mental est quelquefois capable d'exploiter ses propres infirmités en s'en servant pour exciter la compassion ou la moquerie d'autrui. C'est « le débile mental roublard », qui réussit, parfois, mais souvent échoue parce qu'il essaye hors de raison à apitoyer ou à faire rire. C'est ainsi que pendant la guerre les débiles mentaux simulateurs se distinguaient des autres simulateurs par l'aveu de ne plus vouloir retourner au front en cherchant à attendrir, incapables qu'ils étaient de comprendre que l'appel à la pitié était périmé.

M. Cazanove (de Rochefort). — La communication de M. Porot m'ouvre les portes. Il s'agit des enfants indigents coloniaux.

On remarque communément que ces enfants apprennent facilement, sont de très bons élèves pendant leurs jeunes classes... puis à l'époque de la puberté, soit sous l'influence même de la puberté, ou des maladies intercurrentes, se produit une modification de leur psychisme, bien peu font des psychoses, mais nombre d'autres ou bien s'arrêtent en ce sens qu'ils ne rendent pas ce qu'on pouvait attendre le leurs aptitudes scolaires, ou bien régressent. Si les circonstances de leur existence les ramènent dans leur village, ils oublient presque instantanément ce qu'ils avaient appris.

A cet état, on peut reconnaître deux causes : en premier lieu, le surmenage; les cerveaux de nos enfants indigènes, sont des cerveaux neufs qu'il faudrait ménager. Un enfant européen, reçoit, le complément pratique de son enseignement, dans sa famille, dans la rue... cette leçon de choses, vécue, sert de tuteur à sa jeune intelligence, qui peut s'élever droite.

Au contraire, l'enfant indigène qui sort de sa case et de sa rizière, a tout à apprendre de lui-même... tout est livresque, dogmatique. La sève se développe au dedans de lui... elle fait quelquefois éclater l'écorce. La deuxième cause est un conflit mental. L'indigène est un animiste; il croit, il explique tout par l'intervention des esprits et des forces naturelles... Or, à l'école il reçoit l'explication rationnelle, scientifique des choses.

En lui et chez lui, la foudre est produite par l'intervention d'un esprit... à l'école, c'est une étincelle électrique. De là ce conflit, qui dissout son psychisme.

On voit par là combien sont difficiles, délicates, les méthodes de la pédagogie indigène. Nous avons à faire à des enfants qui sont normaux par rapport à leur milieu, mais débiles par rapport à l'éducation que nous leur donnons. Certains ne la comprennent pas; d'autres l'assimilent très bien, mais la digèrent mal, ils font une forme spéciale de débilité, comme une débilité mentale acquise...

C'est à l'hygiène mentale scolaire coloniale qu'il appartiendra d'apporter son aide à la résolution de ces questions de l'enseignement. Alors nous nous tournerons vers les rapporteurs et nous leur demanderons d'interprêter, de mettre à notre portée, leurs méthodes d'examen, leurs procédés d'investigations, les résultats de leur prophylaxie et de leur traitement.

La pédagogie n'est pas un article d'exportation; elle doit être fabriquée sur place, adaptée à l'existence physique et psychique des individus, auxquels elle s'adresse.

Etant données la constitution, la fragilité cérébrale de nos indigènes, vis-à-vis de l'éducation européenne, la pédagogie ne pourra vivre que si elle s'appuie sur les méthodes psychiatriques.

M. Paul-Boncour (de Paris). — Parmi les questions étudiées par les rapporteurs, il en est une particulièrement intéressante: l'avenir des arriérés. MM. Simon et Vermeylen nous donnent sur ce point des indications précieuses, qui démontrent l'utilité de leurs tests, mais il me semble qu'ils ne font pas entrer en ligne de compte l'influence du caractère, qui malheureusement est la cause de nombreuses défaillances lorsqu'on considère le rendement social. Sur ce point j'ai donné récemment une statistique qui me parait démonstrative. Lorsqu'on constate les déchets survenus au cours des ans on aperçoit que les débiles simples donnent 20 0/0, de déchets tandis que les débiles avec troubles caractériels en donnent 45 à 50 0/0. La question est donc jugée !

L'association de la débilité et de la délinquance est surtout due à la présence d'une tare caractérielle. Certes une infériorité mentale gêne la compréhension du bien et du mal, mais il faut qu'une intelligence soit bien basse pour ne pas faire ces distinctions. C'est surtout l'action d'un caractère anormal qui amène le plus de viciation. Les chiffres des rapporteurs (page 29), indiquent du reste l'influence pernicieuse de l'instabilité, puisque dans un milieu favorable à la moralité la délinquance du débile pondéré est représentée par le chiffre 5 tandis que celle de l'instable l'est par le chiffre 23. L'instabilité est donc nettement criminogène, mais il convient de distinguer parmi les instables deux types bien différents que les rapporteurs confondent. En effet, ils écrivent (page 29), « l'instable manifeste très tôt ses tendances malignes... Egoïste, il se montre coléreux, entêté, menteur et méchant. Cruel envers les animaux, il taquine de même et exploite ses camarades plus faibles, etc. »

Cette façon de juger un instable est inexacte et je rappelle que Bourneville, ce précurseur dont il est juste de citer au moins une fois le nom dans une séance où l'on s'occupe d'anormaux, distinguait deux sortes d'instables :

1° l'instable proprement dit, remuant, inattentif, qui ne

peut se discipliner, mais qui aime ses parents et ses amis et promet de s'amender ;

2° l'instable difficile, rebelle, entêté, menteur, sans affection, méchant. Le premier a un trouble de l'activité et le second est en outre un pervers, et c'est lui qui devient le plus facilement et le plus rapidement criminel.

Dans le quartier d'observations de l'Ecole de Montesson, où séjournent les enfants difficiles ou vicieux, tombant sous la loi de 1904 et qui sont étudiés avant leur internement définitif, nous nous appliquons à ne pas confondre ces deux types, dont l'avenir moral est totalement différent, et qui réclament des mesures également variables.

En somme, mon intervention a pour but de démontrer l'influence prépondérante des tares caractérielles sur l'avenir d'un débile et aussi l'utilité d'employer conjointement la méthode psychographique et l'observation clinique pour acquérir la connaissance intégrale d'un anormal

D[r] Decroly (de Bruxelles). — On vient d'entendre plaider ici les droits de l'observation clinique; je voudrais défendre le point de vue des rapporteurs et parler en faveur de l'expérimentation en général et de l'examen par le procédé dit des tests en particulier.

Sans doute l'observation a ses mérites et ses avantages incontestables, mais est-elle toujours suffisante, permet-elle aisément l'accord entre différents observateurs ? N'exige-t-elle pas surtout du temps, beaucoup de temps et la possibilité de revoir le sujet à diverses reprises dans un milieu approprié ? Sans doute, à l'asile comme à l'école-internat, l'observation peut donner ce que l'examen rapide seul ne donnera pas. Mais n'y a-t-il pas de nombreux cas, — les plus fréquents, — où il est impossible de retarder le diagnostic ou en tout cas de retarder le moment de conseiller ? En clientèle par exemple, lorsqu'il s'agit de répondre à des questions posées par des parents anxieux, il est avantageux de recourir à des procédés étalonnés qui permettent sinon un résultat précis, du moins une approximation suffisante pour orienter, tranquilliser ou avertir des mesures à prendre.

A cet égard, il est évident que l'usage de l'échelle métrique ou de la méthode de Rossolimo-Vermeylen valent mieux qu'une simple observation superficielle ; leur rôle est surtout indiqué dans les cas douteux, les cas frontières.

Et même si on a l'occasion d'observer le sujet à l'aise, il ne

faut pas encore faire fi de ces procédés. A l'asile, à l'école de perfectionnement ou dans les institutions pour débiles et enfants délinquants, l'examen systématique par les tests éclaire souvent sur des côtés de la mentalité, que l'observation ne décèle point ou laisse trop dans l'ombre.

Moyennant les mêmes précautions que celles qu'implique toute espèce d'investigation, ils sont en tout cas d'un maniement pratique et permettent des comparaisons ; à cet égard, ils peuvent rendre service aux personnes chargées d'inspecter les institutions afin de se rendre un compte approximatif de la mentalité de la population et des résultats qu'on obtient, ou de donner un avis sur des mesures proposées ou appliquées à l'égard de tel ou tel sujet.

Je crois toutefois devoir rappeler qu'il faut tenir compte dans tous les cas de la présence de troubles de la parole et du mouvement qui peuvent donner le change et de l'importance qu'il y a à se servir d'épreuves permettant d'apprécier le jugement indépendamment de la compréhension et de l'expression verbale.

A ce point de vue les épreuves que M. Vermeylen a introduites dans son matériel peuvent, comme il l'a remarqué, rendre service.

Je signale au surplus qu'avec M. l'Inspecteur Buyse, j'ai mis à l'essai au Laboratoire des Hautes Etudes de Belgique des épreuves collectives selon le procédé usité aux Etats-Unis, qui ont pour but de soumettre à un premier triage des groupes plus ou moins nombreux et d'attirer l'attention sur les sujets qui doivent être examinés spécialement au moyen de procédés individuels qualitatifs.

On trouvera dans l'*Année psychologique* de M. Piéron des remarques pratiques relatives à l'emploi de ces tests.

M. Boulenger (de Waterloo). — Mesdames, Messieurs, La méthode des tests de Binet-Simon est d'une utilité incontestable et donne des résultats que l'on ne pourrait obtenir par d'autres méthodes. Pour ma part, elle m'a aidé même à faire des diagnostics en médecine mentale.

Et à ce propos je veux signaler un fait intéressant : les lacunaires de l'échelle de Binet-Simon sont très souvent des épileptiques anciens, ou des épileptiques en voie d'évolution, ou bien des déments précoces au début.

La clinique est ainsi aidée à tout instant par l'expérimentation due à l'utilisation des tests, comme on peut le voir par cette remarque.

M. Maere (de Gand). — Dans le mouvement de la population à l'asile St-Joseph, établissement pour enfants anormaux à Gand, il y a deux périodes bien distinctes dans la population de cet asile. De 1901 à 1920 inclusivement, il y avait à l'Etablissement surtout des anormaux profonds. Le chiffre total des entrées pendant cette période monte à 1.045 malades. Le pourcentage s'établit comme suit en admettant la vieille classification d'idiotie, d'imbécillité et de débilité mentale :

Idiotie : 44,65 0/0.
Imbécillité : 39,12 0/0.
Débilité mentale : 16,23 0/0.

Au point de vue des résultats acquis au moment de la sortie, nous trouvons :

	SORTIES	GUÉRIS		AMÉLIORÉS		DÉCÉDÉS	
			0/0		0/0		0/0
Idiotie..........	423	0	0	22	5,2	224	52,9
Imbécillité......	388	20	5,12	180	46,3	49	12,6
Débilité mentale	161	62	38,50	90	55,9	8	4,9

Ces chiffres font constater l'énorme mortalité des idiots avant l'âge de 15 ans, chiffre qui monte jusqu'à 53 0/0, alors que l'imbécillité ne donne qu'une mortalité d'1/8 et la débilité mentale d'1/20.

Une deuxième observation est le petit nombre d'aliénés chez les enfants anormaux. Sur 1.050 entrées il y a 14 cas d'aliénation mentale dont 10 guérisons et 4 transferts.

Les années 1921 et 1922 sont des années de transition au point de vue du mélange des anormaux, il y a encore des anormaux profonds, mais il y en a déjà beaucoup plus d'éducables.

Depuis 1923, nous n'avons plus à l'Etablissement que des éducables. Voici le nombre d'entrées et les résultats de l'éducation médico-pédagogique :

ANNÉES	ENTRÉES	RÉSULTATS EXCELLENTS	FAVORABLES	RÉSERVÉS
1923	42	15	25	2
1924	27	12	15	0
		= 40 0/0	= 57 0/0	
= 90 0/0 de résultats				

Observations : 1° Ici les résultats sont très favorables pour les débiles mentaux : 90 0/0 ont vu leur débilité disparaître.

2° Il n'y a pas eu de décès.

3° Encore une fois le contact d'anormaux profonds avec les éducables est nuisible à plusieurs points de vue : d'abord la léthalité augmente même chez les débiles, ce qui s'explique par la transmission plus facile des maladies ; ensuite elle imprime un retard à l'avancement des arriérés, tout comme chez les normaux.

Il y a une 1re classe d'observation, puis 5 classes pour éducables. Les études vont jusqu'à une 5e année d'étude primaire. Les branches principales sont la lecture, le dessin, l'écriture, le calcul, la religion. Tous les élèves vont à l'atelier qui comprend la couture, la cordonnerie, la menuiserie et le jardinage.

J'insiste sur deux points d'étiologie ; les petites tares de dégénérescence parmi lesquelles je cite la débilité sont souvent provoquées : 1° par l'usage habituel modéré (j'insiste sur le mot modéré), journalier de l'alcool, 2° l'abus du tabac, 3° les émotions profondes de la mère.

M. A. Ley (de Bruxelles) se demande s'il est légitime de comparer le développement normal et régulier de l'enfant, dont Binet et Simon nous ont appris à mesurer le rythme psychogénétique au cours de son avancement en âge, et les *arrêts pathologiques* de développement. L'enfant arriéré ne reste pas en réalité fixé de façon nette à un stade du développement de l'enfant normal. La pathologie avec Bourneville et Nissl notamment nous a montré qu'il existe des lésions cérébrales à forme de méningo-encéphalite ou de scléroses, qui produisent des troubles qu'on ne saurait assimiler ni dans leurs manifestations ni dans leur anatomie à des retards dans l'évolution. Il y a là une distinction sur laquelle il n'est pas inutile d'attirer l'attention de ceux qui élaborent des tests mentaux. Quant à la méthode des tests en elle-même, je m'étonne qu'on ait cru devoir la défendre, elle n'a pas, à mon avis, été attaquée.

M. Aug. Wimmer (de Copenhague). — Messieurs, Je me rattache aux mots de M. Ley, à savoir que pour moi aussi cette comparaison du niveau intellectuel du débile à celui de l'enfant normal me semble un peu théorique. Je chercherais plutôt dans les remarquables recherches des deux rapporteurs sur les chances de progrès des enfants débiles, la fondation d'une différenciation des degrés de débilité intellectuelle.

Je suis d'accord avec M. Hesnard qu'il faut, chez ces débiles, tenir compte, aussi, des troubles de caractère, de la vie affective surtout. Mais chose également vraie, le niveau intellectuel est de l'importance fondamentale pour les possibilités d'éducation morale, affective de ces enfants.

C'est pourquoi j'estime que ces recherches des deux rapporteurs sont extrêmement intéressantes et fertiles.

M. Simon (de Paris). — Débilité mentale est un terme très général. Et c'est de parti pris que nous n'avons traité que de la débilité intellectuelle. Le titre du rapport même limitait le sujet et puis aussi ce fait que la débilité du caractère reste encore aujourd'hui très délicate.

D'autre part, peut-on séparer les deux choses ? Peut-on faire un pronostic d'après l'intelligence ? Certes pas en entier, mais en partie. Ce serait la même chose du point de vue du caractère. Il suffisait donc, nous a-t-il semblé, d'indiquer ce que le premier facteur apportait déjà.

Quant à une opposition entre les tests et la clinique, j'avoue en avoir été un peu surpris. Je ne la comprends pas. Tests et clinique se complètent. J'irai plus loin : les tests exigent la clinique ; l'art du clinicien doit intervenir sans cesse dans leur pratique. M. Decroly nous a fourni lui-même un argument topique : mauvais résultats attribuables à une pauvreté verbale du sujet ; c'est précisément au clinicien quand il applique les tests d'apprécier s'il obtient un niveau d'intelligence ou s'il rencontre des obstacles d'autre nature. C'est un danger des tests qu'ils soient maniés d'une façon trop automatique. — D'autre part, ils présentent cet avantage de mettre à l'abri de confusions telles que celle qui amènerait à considérer comme supérieurs des sujets coloniaux qui assimilent vite certaines connaissances et surtout de considérer qu'ils régressent parce qu'ils oublient ensuite ces connaissances peu utiles pour eux.

Un fait au contraire très curieux de ces sujets et signalé par tous ceux qui les approchent serait qu'après des débuts brillants ces sujets cessent brusquement, et de façon relativement précoce, de se développer. Je rapprocherais ce fait des arrêts auxquels j'ai fait allusion. Il semble que chaque individu n'ait que des possibilités limitées. Ces possibilités varient-elles selon les races comme elles sont modifiées par certains états pathologiques ? Ce n'est encore aujourd'hui qu'une hypothèse.

M. Vermeylen (de Gheel). — La méthode expérimentale n'exclut pas le sens clinique et il ne nous est pas venu un seul instant à l'idée de les opposer l'un à l'autre. Bien loin de là, nous ne considérons les tests que comme un instrument qui nous permet de mieux exercer notre sens clinique et cela dans des conditions plus précises et semblables pour tous.

Que les résultats obtenus soient encore insuffisants et qu'en particulier la classification des débiles établie par ces moyens soit encore incomplète, c'est bien probable. Nous ne voulons indiquer que la voie qui nous semble devoir être suivie pour sortir du domaine de l'interprétation uniquement subjective et établir sur des bases objectives des types cliniques.

Nous croyons, du reste, que le reproche d'avoir négligé le côté caractériologique est injuste. Certes, nous avons délibérément renoncé à parler des anormaux du caractère. Mais il est évident que même chez les autres il peut exister des variations de caractère importantes à préciser surtout pour le reclassement social du sujet. Ces variations n'ont jusqu'à présent pu être envisagées de façon expérimentale. Mais la méthode analytique préconisée ici permet précisément d'aborder de façon indirecte et détournée ce problème. Les types ainsi établis sont certes des types mentaux, mais dans la mesure où ils participent à l'identification du caractère entendu comme la synthèse de toutes les tendances affectives et intellectuelles de l'enfant.

2me RAPPORT

NEUROLOGIE

COMMENT ÉTUDIER LES TROUBLES DU LANGAGE ?

RAPPORTEUR : **M. J. FROMENT (de Lyon)**

RÉSUMÉ DU RAPPORT

ETAT ACTUEL DE LA QUESTION. — Au lendemain du jour où Charcot synthétisait et résumait la physiologie du langage dans un schéma qui devint aussitôt classique, le schéma de la cloche, on crut édifier sur le roc l'étude des divers troubles du langage. Qu'il s'agisse de l'aphasie, clef de la voûte de l'édifice classique, ou des autres modalités de troubles du langage, tout apparaissait alors simple, clair, logique, évident même.

Au lendemain de la campagne de révision des doctrines de l'aphasie de P. Marie et de la discussion de la Société de Neurologie de Paris 1908, au milieu du conflit d'affirmations contradictoires, de points de vue opposés et inconciliables, toute évidence a fui, ne laissant sur la plupart des problèmes que l'on avait cru définitivement résolus, que doute et incertitude. Qu'il s'agisse des données anatomiques concernant les centres du langage, leur situation, leur rôle, la nature des désordres qu'entraîne leur lésion ; qu'il s'agisse des données psycho-physiologiques concernant la fonction du langage et son mécanisme ; qu'il s'agisse de la nature exacte, du substratum anaton.ique et des limites mêmes des divers syndromes qui s'y rapportent, quelles sont les données que l'on peut, en toute sécurité, considérer désormais comme certaines ?

Avant d'adopter l'une des conceptions, voire même l'une des classifications des troubles du langage qui ont été proposées, avant de jeter les bases de conceptions et de classifications nouvelles, *on doit s'attacher d'abord à l'analyse clinique et phonétique des principaux troubles du langage* afin d'établir *objectivement* en quoi ils consistent.

Quelle est la nature exacte des troubles qui caractérisent les divers types d'aphasie ? En quoi l'aphasie motrice diffère-t-elle d'une dysarthrie ; la dysphasie de la dysarthrie ? En quoi et comment le mécanisme de la parole est-il perturbé dans l'aphasie motrice type Broca, dans l'aphasie motrice pure dite anarthrie, dans les dysarthries et dans les dysphasies? Quel est le substratum psycho-physiologique des divers types d'hallucinations verbales ? Tels sont les problèmes, dont, avant tous autres, la solution doit être recherchée et à l'étude desquels est consacré ce rapport. C'est parce que l'on ne s'est pas suffisamment attaché à cette analyse méticuleuse et systématique, phonétique plus encore que psychologique, parce qu'à cet égard on a beaucoup plus supposé que démontré, que l'on s'est exposé aux contradictions récentes.

Reconnaître la nécessité d'une telle analyse n'est pas diminuer l'importance de l'œuvre de critique que P. Marie a eu l'incontestable mérite d'entreprendre. Ce n'est pas non plus méconnaître la valeur des données que nous devons à tous ceux qui, à la suite de Broca, de Wernicke, de Trousseau, de Charcot, de Déjerine, de Séglas, se sont attaqués aux problèmes du langage. Vérifier l'exactitude et la signification des faits dans l'interprétation desquels des erreurs se sont souvent glissées ; juger librement de la valeur des concepts qui ont été émis, n'est-ce pas la seule manière de prendre vraiment en considération l'œuvre de ceux qui, pour cette question, resteront, quelle que soit la vérité de demain, et le camp auquel ils appartiennent, les vrais initiateurs.

Problèmes anatomo-pathologiques. — On ne doit demander, en aucun cas, aux recherches anatomo-pathologiques la justification et la vérification des conceptions psycho-physiologiques émises. Quand bien même il serait définitivement démontré que l'aphasie motrice est sous la dépendance d'une atteinte de la région lenticulaire, il n'en résulterait pas que la conception de l'anarthrie a fait ses preuves ; seule une analyse clinique rigoureuse est susceptible de nous apprendre ce qui empêche l'aphasique dit moteur de parler.

L'anatomie pathologique n'est pas susceptible, en l'état actuel de nos connaissances, d'étayer une étude et une classification rigoureuse des troubles du langage. Trop de points demeurent incertains. Quelles données précises sur les centres du langage peut-on demander à la méthode anatomo-clinique, tant que la nature exacte du trouble qui caractérise l'aphasie dite motrice n'aura pas été définitivement élucidée, tant que l'on n'aura pas établi, sans discussion possible, s'il tient à une perturbation de la coordination articulaire, de la mémoire verbale ou de l'intelligence. Les constatations anatomiques seront de toute évidence impuissantes à trancher le débat et l'on ne voit pas comment l'on parviendrait à déterminer avec certitude quel était exactement le rôle dévolu aux régions cérébrales détruites.

Il paraît difficile de voir dans le quadrilatère de P. Marie, autre chose qu'une localisation d'attente. En effet, il est toute une série d'affections qui, atteignant le quadrilatère gauche dans l'une de ses parties, ne réalisent nullement le syndrome aphasie motrice dit anarthrie. Il en est ainsi de ramollissements multiples observés chez des pseudo-bulbaires dont les troubles de la parole du type dysarthrique n'ont en réalité aucun rapport avec les précédents. Il en est de même de toute une série d'affections du corps strié récemment étudiées par Wilson, Oppenheim, O. et C. Vogt, dans lesquelles les troubles de la parole (Souques), facteur de l'hypertonie, ont encore un autre aspect. Il resterait donc à spécifier quelles sont les parties du quadrilatère dont l'atteinte est susceptible de réaliser le syndrome aphasie motrice pure dite anarthrie.

Psycho-physiologie du langage. — L'articulation et l'écriture sont des actes qui échappent à toute direction, à toute coordination consciente et que nous exécutons machinalement, aveuglément sans les connaître. Seuls les procédés d'inscription utilisés en phonétique, ont pu montrer en quoi consistait l'articulation des 44 sons fondamentaux ou phonèmes qui sont seuls utilisés dans la langue française et qui représentent les 44 notes du clavier articulaire. La mémoire motrice est une mémoire inconsciente et pourrait-on dire organique, qui tient sous sa dépendance des habitudes articulaires et des habitudes graphiques, mais ne nous donne d'aucune manière l'image, la représentation des mouvements, que celles-ci comportent. Les prétendues images articulaires et graphiques ne correspondent à aucune réalité; ce sont de

simples vues de l'esprit que ne légitiment, ni l'étude de l'homme normal, ni celle de l'aphasique dit moteur et de l'halluciné dit verbo-moteur. Il n'est pas douteux que l'articulation s'accompagne des sensations cinesthésiques d'ailleurs fort confuses, mais celles-ci naissent et meurent avec l'acte; elles ne lui survivent pas; elles ne méritent donc pas la dénomination, d'images mentales, car il n'y a pas reviviscences de sensations en l'absence de l'objet, c'est-à-dire (en l'espèce), en l'absence de l'acte articulaire.

Mais par contre, on ne peut nier la réalité d'images auditives et visuelles verbales. Que sont en effet sinon des images mentales, des reviviscences de sensations en l'absence de l'objet, les mots que nous entendons et que nous voyons dans nos rêves et même dans notre pensée ? Toutefois si l'on peut continuer à recourir aux termes images auditives et images visuelles verbales, il faut les dégager des acceptions trop complexes et souvent inexactes qu'on y a attachées. L'*image auditive verbale* n'est en somme que le *souvenir de la succession de sons* qui constituent le mot, du leit-motiv verbal pourrait-on dire; l'*image visuelle verbale* le *souvenir de l'ensemble des signes* graphiques qui le représentent, ou en d'autres termes de l'hiéroglyphe verbal. C'est de ces *deux souvenirs* et de ceux-ci seulement qu'est faite *la notion du mot*.

L'*évocation du leit-motiv verbal* (image auditive verbale) *suffit à déclancher, comme un réflexe, les habitudes articulaires,* correspondant à la succession des phonèmes évoqués, pour peu que nous n'inhibions pas cette tendance à l'extériorisation.

L'*évocation de l'hiéroglyphe verbale* (image visuelle verbale) *met en jeu et dirige les habitudes graphiques* associées au souvenir des lettres successivement évoquées.

Quant à la compréhension, à l'identification des mots, elle est le résultat d'une opération intellectuelle assez complexe qui implique, en sus du souvenir auditif et visuel verbal, le jeu normal des associations d'idées et d'images, ainsi que l'effort d'attention voulu.

Le langage intérieur enfin est, chez tout individu, constitué par des images auditives verbales avec ou sans accompagnement moteur (articulation ébauchée) avec ou sans évocation concomitante des images visuelles verbales correspondantes. D'intensité habituellement faible, et pourrait-on dire aphone, il acquiert parfois, même à l'état normal, une plus grande sonorité et peut prendre le timbre de voix connues.

Dysarthries. — C'est en se fondant sur l'étude des *dysarthries proprement dites* (paralysie glosso-labio-laryngée, paralysie pseudo-bulbaire, sclérose en plaques, syndrome cérébelleux), qu'il faut d'abord chercher à préciser quels sont les caractères phonétiques des troubles avérés du mécanisme articulaire. Mais on ne doit en aucun cas, prendre pour type de dysarthrie, les troubles de la parole du paralytique général qui comportent l'association à une dysarthrie de troubles de la mémoire verbale.

Le *test des mots d'épreuve n'est pas un critère* susceptible d'établir l'existence *d'un trouble du mécanisme articulaire.* La *formule phonétique des dysarthries* est par contre pathognomonique. Ce sont pour un cas donné toujours les mêmes phomènes qui sont indistincts et ils le sont dans des conditions bien définies ; les troubles répondent à une véritable *constante* qui trouve sa raison d'être dans *les données et les lois de la phonétique.*

Aphasies. — Les troubles de la parole qui caractérisent l'aphasie type Broca et l'aphasie motrice pure (anarthrie de P. Marie) ne sont au contraire que *paradoxes,* du point de vue *phonétique.* Les mêmes phonèmes aisément et correctement prononcés dans un mot, ne peuvent plus être prononcés s'il s'agit d'un autre mot, ni même à l'état isolé. Par un pointage méthodique, après inventaire de tous les mots que peut encore prononcer l'aphasique avant toute rééducation, on se rend compte qu'*aucun phonème ne manque* réellement à l'appel, qu'*aucun procédé articulaire n'est vraiment perdu ou altéré.* Il ne peut ici être question, *ni de trouble de coordination articulaire, dite anarthrie, ni de perte du souvenir des mouvements articulaires;* la formule phonétique de l'aphasie motrice type Broca, comme celle de l'aphasie motrice pure, n'autorise aucune de ces deux hypothèses.

La conception qui paraît le mieux rendre compte de toutes les particularités, de tous les paradoxes de l'aphasie est la suivante. Qu'il s'agisse d'aphasie d'expression dite motrice ou d'aphasie de compréhension dite sensorielle, ce sont toujours les souvenirs auditifs et visuels verbaux qui sont en cause. Mais tandis que dans l'aphasie dite sensorielle il y a amnésie avec trouble de la reconnaissance, dans l'aphasie d'expression dite motrice, le trouble ne se porte à peu près que sur l'évocation.

L'*impossibilité d'évoquer les hiéroglyphes verbaux* (images

visuelles verbales), *détermine l'agraphie;* — *l'incapacité de les reconnaître,* d'en retrouver la signification détermine la *cécité verbale et la perte de tout contrôle sur l'écriture, la jargonaphasie en écrivant.*

L'*impossibilité* d'entendre les mots dans sa tête, *d'évoquer* les *leit-motive verbaux* (images auditives verbales) *détermine l'incapacité de prononcer les mots, dite aphasie motrice ;* — *l'impossibilité de les reconnaître* détermine par contre la *surdité verbale* et *la perte de tout contrôle sur la parole, la jargonaphasie et la paraphasie.*

Entre l'aphasie-motrice, type Broca, d'une part, et d'autre part, l'aphasie amnésique et l'amnésie de l'homme normal, il n'y a que des différences de degré: c'est dans l'un comme dans les autres cas, parce que le mot ne résonne plus dans la tête que la prononciation en est impossible. S'il ne suffit plus à un aphasique moteur d'entendre souffler les mots rebelles pour qu'aussitôt il parvienne de nouveau à les prononcer, ainsi que le fait l'homme normal et même l'aphasique amnésique, c'est parce que dans l'aphasie dite motrice, le trouble de la mémoire verbale étant beaucoup plus marqué, les sons que le malade a entendus et reconnus, sont de nouveau aussitôt oubliés.

Dans l'*aphasie motrice pure, dite anarthrie,* on a admis sans preuves décisives qu'il y avait intégrité de la notion du mot et trouble de la coordination supérieure des actes articulaires. En réalité, le seul fait que l'on soit en droit d'affirmer, c'est l'intégrité du souvenir visuel verbal; l'hiéroglyphe verbal peut être évoqué, c'est ce qui permet à l'aphasique moteur dit anarthrique, d'écrire et de passer avec succès l'épreuve de Proust-Lichteim-Déjerine. Par contre, il y a tout lieu d'admettre qu'il n'entend pas dans sa tête les leit-motifs verbaux et c'est ce qui l'empêche de parler. Il s'agit là encore d'une amnésie verbale, mais d'une *amnésie verbale dissociée:* l'observation attentive des faits montre la réalité d'une telle dissociation.

La *possibilité de rééduquer les aphasiques dits moteurs sans aucune indication, sans aucune démonstration articulaire en ne s'adressant qu'à leur oreille* et en s'efforçant simplement de fixer et pourrait-on dire de mordancer les sons rebelles, est la *vérification,* pourrait-on dire, *expérimentale* de cette manière de voir.

Aux troubles de la mémoire verbale s'ajoute dans toute aphasie un déficit intellectuel léger, assez particulier, mais indiscutable qui en accentue les effets.

Dysphasies. — Quels que soient les phonèmes sur lesquels achoppe le bègue, il s'agit d'une difficulté d'émission plus ou moins malaisée à vaincre, mais non d'une émission indistincte. La formule phonétique diffère notablement de celle des dysarthries. Il s'agit seulement, en effet, chez le bègue d'un spasme qui vient s'opposer au fonctionnement par ailleurs normal du mécanisme articulaire. C'est surtout lorsque les phonèmes incriminés sont bien en vue, en tête du mot ou de la phrase, que le bègue achoppe et y reste comme accroché.

Le dysphasique, de par les troubles moteurs qui s'y associent, et le rôle dévolu à l'émotion dans le déclanchement au spasme, s'apparente aux syndromes striés (H. Meige, Babinski, de Massary et Rachet). Mais on doit se demander, si, à côté de la dysphasie du type strié, on ne doit pas maintenir l'existence d'une dysphasie névropathique du type anxieux avec obsession et phobie articulaire portant sur la prononciation de certains phonèmes.

Hallucinations verbales. — L'hallucination verbale n'est pas une perception sans objet, elle n'est que le résultat d'une dislocation du langage intérieur. La partie de son langage intérieur que renie l'halluciné a même texture que le reste du langage intérieur qui chez tout individu est auditivo-moteur. La trame demeure sensiblement la même quel que soit le type d'hallucination considéré. N'arrive-t-il pas indifféremment à tel ou tel halluciné de marmotter ou de parler son hallucination. Mais le malade ne voit le plus souvent que l'un des aspect, l'une des faces de son langage intérieur, celle qui le frappe ou l'impressionne le plus. C'est ce qui a conduit à décrire avec l'intéressé les pseudo-hallucinations verbales, s'il s'agit de langage intérieur de faible sonorité, tel que celui qui constitue la trame habituelle de notre pensée, et s'il s'agit de formes vives dudit langage, les hallucinations auditives, auditivo-motrices, verbo-motrices ou visuelles.

La partie de son langage intérieur que méconnaît le sujet dit halluciné, n'acquiert une certaine vivacité qu'en raison de l'état de rêve dans lequel vit le malade et en raison du fait que ce dernier y concentre toute son attention sans permettre l'entrée en jeu du mécanisme réducteur constitué par ses perceptions. Quant aux raisons même de cette dissociation, de l'extériorisation spatiale ou psychique, de la partie du langage intérieur qui a été ainsi reniée; quant aux raisons des diverses

modalités que semblent revêtir les hallucinations, elles doivent être recherchées dans la teneur même du délire concomitant.

⁂

La méthode anatomo-clinique ne pourra autoriser des conclusions définitives, en ce qui concerne les troubles du langage que du jour où ces troubles dont elle cherche à déterminer le substratum anatomique auront été d'abord cliniquement bien définis et bien délimités. Or ce n'est pas le cas des syndromes que nous étudions puisque l'on discute encore sur leurs limites exactes et sur la nature même des troubles de la parole qui les constituent.

On ne peut songer à donner à une étude des troubles du langage, qu'une base psycho-physiologique. Aucune des classifications et des conceptions proposées n'échappent à cette nécessité, mais les données sur lesquelles tout repose ont été plus souvent supposées que démontrées.

C'est donc par une *analyse méthodique et objective* des divers troubles du langage, basée sur l'étude de leur *formule phonétique* et des *procédés de rééducation* qui permettent d'y remédier, qu'il faut commencer. Ajoutons que l'examen critique des notions que nous possédons concernant le mécanisme normal du langage est l'indispensable prélude de toute étude des troubles de cette fonction, car, seul, il peut permettre d'établir quelle est la signification exacte des constatations et des tests cliniques.

Discussion

M. Anglade (de Bordeaux). — Il y a incontestablement une « crise de piétinement » de la question de l'aphasie. Cette crise résulte de l'émoi causé par l'intervention de Pierre Marie qui remit sur le chantier une question que l'on s'était habitué, à tort, à considérer comme résolue. Résolue en se basant sur des données inexactes ou incomplètes fournies par l'analyse clinique et les constatations anatomo-pathologiques. Je suis d'avis que l'on a perdu de vue ce fait essentiel que le langage est intimement lié à la pensée. La perte de l'un ne saurait aller sans le trouble de l'autre. Je pense, en outre, que les vérifications anatomiques ont été insuffisantes et trop souvent réduites à des examens macroscopiques. Au lieu d'inféoder les symptô-

mes cliniques aux doctrines psycho-physiologiques, j'aimerais mieux que notre observation se faisant très minutieuse, s'enregistrât à l'aide d'expressions pour ainsi dire désintéressées. Je voudrais que l'examen vraiment microscopique, des cerveaux d'aphasiques fut pratiqué. Je crois toujours à l'efficacité de la méthode anatomo-clinique qui s'est révélée si féconde en neurologie.

J'approuve sans réserve l'opinion exprimée par le rapporteur sur la psychogénèse des hallucinations auditives. Je crois et je l'ai dit ailleurs, qu'il n'y a rien de sensoriel dans une hallucination de l'ouie. Ce qu'il y a avant tout et par-dessus tout, c'est un automatisme idéo-verbal que le malade interprète en l'extériorisant pour ne pouvoir, en raison de son caractère hostile, l'incorporer à sa personnalité consciente.

M. Van der Vloet (de Bruxelles). — Je ne puis être d'accord avec mon éminent collègue, le docteur Froment, quand il affirme qu'on ne peut donner à l'étude des troubles du langage, qu'une base psycho-physiologique.

Tout trouble psychopathique se compose nécessairement d'un élément psychique et d'un élément organique et ce n'est qu'en scrutant les rapports intimes existant entre les deux qu'on pourra s'en faire une idée exacte.

L'essence du psychisme nous échappe, ses manifestations sont entourées de profonds mystères que les méthodes psycho-physiologiques ne pourront jamais pénétrer que très imparfaitement.

Seule la méthode anatomo-clinique a de la valeur objective, elle est seule capable d'étudier la véritable cause de la maladie et de sa nature, qui dépendent qualitativement mais surtout quantitativement de la localisation de la lésion. Méconnaître la véritable valeur de la méthode anatomo-chimique, c'est rayer tout un chapitre de la pathologie cérébrale, c'est nous ramener un siècle en arrière, à l'époque où Bouilland établissait une distinction tranchée entre l'aphasique proprement dit et le paralytique des organes de la parole.

La connaissance des localisations cérébrales a pour le neurologue une importance pratique considérable en ce qu'elle lui permet des diagnostics de siège exacts et de faire intervenir éventuellement par une cure radicale.

La méthode psychologique peut discuter sur la conception psychologique des sensations, des images, des souvenirs, seule la méthode anatomo-clinique pourra déterminer le siège de ces

images et leur assigner les centres cérébraux qui leur servent de substratum matériel. En attendant une chose est certaine. C'est que nous pouvons, sur la foi de nos connaissances anatomo-pathologiques, proclamer comme un dogme : qu'il existe dans le cerveau un centre dit de Broca, savoir le pied de la 3e circonvolution frontale gauche, région qui doit être quelque peu étendue, dont la lésion rend le malade incapable de parler malgré que son appareil phonétique et articulaire soit intact et sans qu'il doive exister des troubles quelque peu importants et persistants de l'évocation du mot.

L'éminent neurologiste de Paris, P. Marie, et son école ont attaqué ce dogme et refusent d'attribuer au centre de Broca une valeur de localisation quelconque pour la production de l'aphasie motrice ou plutôt celle-ci n'existe pas, elle n'est qu'une aphasie sensorielle compliquée d'anarthrie.

Aucun clinicien ni anatomo-pathologiste admettra cette hérésie scientifique. Aphasie n'est pas anarthrie. Les troubles sensoriels qu'on peut mais qu'on ne doit pas observer chez l'aphasique moteur n'ont ni l'importance ni la persistance de ceux qui accompagnent l'aphasie sensorielle.

L'école de Paris affirme qu'il existe des cas d'aphasie motrice sans lésion du centre de Broca et que celle-ci peut être détruite sans produire l'aphasie motrice. Les premiers n'ont de la valeur que si on a prouvé l'intégrité des voies d'association sous-corticales. Quant aux seconds, beaucoup d'observations qui s'y rapportent sont sujettes à caution.

On a pu prouver que pas mal de prétendues lésions du centre de Broca n'étaient que des refoulements. D'autres fois on s'est contenté d'un simple examen macroscopique, méthode insuffisante pour conclure. On s'est même contenté de repérer extérieurement sur le crâne la 3e circonvolution frontale, procédé grossier, tout à fait indigne d'un neuropathologue.

Si après tout cela on a pu établir des observations indiscutables de lésion du centre de Broca sans aphasie, il faudrait encore, avant de pouvoir conclure, régler la question de suppléance par l'hémisphère droit.

Le docteur Froment, en niant l'existence des images motrices articulaires, supprime lui aussi de fait l'aphasie motrice, terme dont il continue cependant à se servir toujours au cours de son travail.

Les images motrices n'existent pas, dit le docteur Froment, parce que nous n'en avons aucun souvenir.

Le Professeur Grasset y répond justement en disant que

mémoire consciente et subconsciente se confondent à l'état physiologique ordinaire. Dans les états de désagrégation mentale, ces souvenirs subconscients apparaissent nettement à la conscience. Janet cite une hystérique qui entend les mots résonner dans son esprit sans pouvoir les prononcer, elle ne le peut que quand elle se représente le jeu de ses lèvres.

C'est là une question individuelle, comme le dit Wundt, ce qui est subconscient pour les uns peut être conscient pour les autres.

Le docteur Froment fait de la psychophysiologie simpliste en réduisant toute l'aphasie au seul trouble de l'évocation de l'image auditive. Mais comment expliquera-t-il alors par sa théorie que l'aphasique sensoriel chez qui l'image auditive est bien altérée et par conséquent l'évocation du mot plus troublée que chez l'aphasique moteur, que cet aphasique sensoriel, dis-je, parle même avec volubilité quoique d'une façon incohérente, tandis que le moteur reste muet. Et pourquoi alors ce même aphasique sensoriel s'améliore-t-il en général plus rapidement et spontanément que le moteur qui, malgré une rééducation patiente, longue, rationnelle, reste souvent virtuellement un incurable.

Enfin pour étayer sa nouvelle doctrine, le docteur Froment nous apprend que l'aphasique moteur peut conserver parfois la totalité de ces procédés articulaires. Personne ne le nie. Ce sont des aphasiques moteurs sous-corticaux qui se rapprochent des apraxiques moteurs de Liepmann. L'apraxie motrice n'est pas, ainsi que le comprend mal le Docteur Froment, due à un trouble idéatoire, c'est-à-dire à une lésion diffuse des centres sensoriels ou sphères souvenirs qui aboutit à l'asymbolie. Chez l'apraxique moteur, c'est une vaste lésion en foyer qui détruit simplement les voies d'association entre le lobe temporo-pariéto-occipital gauche et le lobe frontal siège de la phasie et de la praxie, lésion que Liepmann avait parfaitement bien diagnostiquée chez son premier apraxique.

L'hémisphère gauche a sur l'apraxie de l'hémisphère droit une très grande influence. Celle-ci s'exerce par l'intermédiaire du corps calleux, une lésion de ce dernier peut déterminer l'apraxie unilatérale gauche qui a été observée quelquefois et qui écarte l'hypothèse d'un simple trouble idéatoire dans l'apraxie motrice.

Assistons en attendant paisiblement au duel scientifique entre psychologistes et neuropathologistes et ne lâchons pas la proie pour l'ombre.

M. Hesnard (de Bordeaux). — « On ne peut guère, dit M. Froment, contester la réalité des images *auditives* et *visuelles* », lesquelles, contrairement aux hypothétiques « images motrices », seraient indispensables à l'explication des faits. — C'est pourquoi, ramenant (fort justement) les innombrables modalités de l'aphasie aux troubles : 1° de l'évocation verbale ; 2° de la compréhension verbale, il les considère toutes comme réductibles à *une amnésie d'évocation ou de reconnaissance des images sensorielles.....*

Je me sépare de M. Froment sur ce point. L'hypothèse des « images sensorielles » — concept essentiellement intuitif, introspectif, introduit dans la langue scientifique comme par effraction — est démodé, et nous ramène aux idées des psychologues d'hier.

J'ai tout récemment envoyé à M. Froment un travail inédit, que je résumerai ici en disant qu'on peut fort bien concevoir le mécanisme de l'évocation et de la reconnaissance des mots sans faire appel aux « images ». Dans cette conception, que j'appelle « théorie centrifuge ou kinétique de l'aphasie » ou du langage, je considère — en m'appuyant sur de nombreux faits tirés de la rééducation des sourds-muets, de l'observation clinique de la cécité et de la surdité verbale, de la paraphasie et de la perte de la « résonnance intérieure » chez les paraphasiques, de l'observation psychologique normale, etc., — que la compréhension des mots, tout comme leur articulation, est un phénomène d'*ordre moteur.* Comprendre un mot entendu ou lu, c'est le parler intérieurement et de façon suffisamment personnelle, active, motrice, pour l'introduire dans l'intimité de notre activité psychique, de notre courant de pensée, — et cela sans que, forcément, la conscience, la connaissance intérieure enregistre cette parole extérieure implicite, cette intervention active de notre personne. En d'autres termes, et pour emprunter à M. Bergson une métaphore ingénieuse, nous pensons que l'évocation et la compréhension des mots sont un effet de l'*écho* moteur des paroles venues de l'extérieur : écho atténué quand il aboutit à la simple possibilité de parler sans comprendre, — écho nul quand il s'éteint en incompréhension avec incapacité de répéter même la parole entendue.

Le système anatomique du langage est un, comme la fonction : Les zones dites « sensorielles » sont sur le trajet de l'influx non pas centripète mais *centrifuge, moteur,* de l'épanouissement cérébral (condition structurale de l'activité

psychique), vers le quadrilatère de P. Marie. Et ce système, à l'origine presque indifférencié, se condense progressivement au fur et à mesure qu'il s'éloigne de la complexité associative supérieure vers la zone spécialisée d'où naîtront les faisceaux périphériques à direction cortico-laryngée, en réalisant un organe d'*articulation de la pensée avec la motricité*.

J'accorde par contre à M. Froment mon adhésion entière à sa merveilleuse analyse des hallucinations verbales dans leur rapport avec le mécanisme du langage.

L'hallucination, dit-il, a les mêmes caractères que le langage intérieur (lorsqu'il est intense et que l'attention de l'individu le met en valeur). « La seule différence (page 30) est que dans l'un des cas le sujet y reconnaît sa pensée tandis que dans l'autre il la méconnaît. » — Cela est parfaitement vrai et m'intéresse d'autant plus, que, dans ma communication de demain, j'analyserai spécialement — à un autre point de vue — le mécanisme psychique de ce *reniement*, de ce *refus*, de cette négation de la pensée, avec attribution à un autre, noyau de la plupart des délires vésaniques.

Mais j'ajouterai quelque chose à cette fine analyse de M. Froment. Je dirai que la raison dernière de ce refus, par l'individu, de reconnaître comme sien son propre langage intérieur, sa propre pensée, est une raison *affective*. Et c'est là une nouvelle preuve encore de cette idée que je soutiens depuis des années, à savoir que le délire, ou l'hallucination (qui n'est qu'un délire à apparence sensorielle) a une base affective ; qu'il est actionné par une affectivité morbide de néoformation que l'individu ne reconnaît pas comme sienne.

En terminant, je ferai remarquer combien ces questions gagnent à être étudiées par des hommes comme M. Froment, qui réalisent la synthèse de la méthode d'analyse précise des neurologistes, et du sens humain d'observation psychologique, qui fait la force des psychiatres.

M. Piéron (de Paris). — Les principes méthodologiques de M. Froment sont tout à fait excellents, et on ne peut qu'y souscrire. Mais quant à ses hypothèses, intéressantes et originales, elles ne laissent pas de prêter le flanc aux plus sérieuses critiques.

Si l'acte phonatoire, l'acte graphique constituent des automatismes — d'ailleurs appris, ce qui explique qu'on les appelle des souvenirs moteurs, pour les différencier d'automatismes congénitaux, tels ceux de la marche, — ces automatismes ne

peuvent-ils être déclenchés respectivement que par l'image auditive pour la parole et par l'image visuelle pour l'écriture, comme l'implique la théorie de M. Froment ? Il ne le semble pas. Des nombreux faits qui pourraient être invoqués, il en est un qui a valeur cruciale : La cécité verbale n'entraîne l'agraphie que chez les demi-illettrés n'ayant pas un véritable automatisme graphique et qui doivent encore copier un modèle imaginé. N'importe quelle perception qui a été assez souvent associée à tel geste graphique ou phonique pourra déclencher ce geste ; mais il y a des perceptions privilégiées incontestablement, telle la perception auditive pour la parole, sauf naturellement chez les sourds-muets éduqués.

D'autre part, que la notion bâtarde de l'image motrice réunissant des caractères sensitifs et des caractère moteurs doive être abandonnée, cela ne fait pas de doute ; que le terme d'image ait pris un sens statique et quasi-photographique et qu'on fasse bien d'y renoncer — ce que ne fait pas M. Froment — soit ! Mais il y a des équivalents de la perception qui se produisent sans intervention des excitations périphériques, comme dans le rêve. Il n'y a vraiment aucune raison pour que les complexes perceptifs d'origine kinesthésique ne puissent reparaître par ce mécanisme d'évocation centrale comme tous les autres complexes perceptifs, si souvent imprégnés d'ailleurs d'apports kinesthésiques. Que de faits on pourrait invoquer ! Mais cela ne veut pas dire que ces processus de représentation interviennent dans la parole, et que l'aphasie motrice relève de leur atteinte, je tiens à le bien affirmer.

Je ne parlerai pas de mes conceptions relatives au mécanisme de l'aphasie motrice pure que j'ai résumées dans un petit volume récent sur « Le Cerveau et la Pensée », mais, si je pense, comme M. Froment, que les processus de représentation kinesthésique sont hors de cause, tout en maintenant contre lui leur réalité, je ne crois pas que ce soit la perte qu'il invoque d'autres images sensorielles qui puisse rendre compte de ce processus pathologique.

M. Hartenberg (de Paris) pense que tous les malentendus qui règnent entre les auteurs au sujet des troubles du langage proviennent de l'ancienne conception statique des « images » qui n'est plus admissible en psychologie et qui doit être remplacée par la conception dynamique des fonctions de coordination. Il n'existe pas, en effet, de « clichés » imprimés dans la substance cérébrale, mais seulement des phénomènes d'asso-

ciation qui ont pour résultat l'évocation d'une sensation ou l'harmonie d'un acte.

Si donc on peut admettre avec M. Froment qu'il n'y a pas d'images motrices conscientes, il faut accepter par contre l'existence d'un centre (groupe de cellules consacrées à une fonction déterminée) où les diverses excitations sont réglées, dosées et réparties vers les centres d'exécution de l'articulation du mot.

De même, il n'y a pas d'images auditives verbales, mais un centre d'évocation qui actionnera, conformément à la structure de chaque mot, les éléments cellulaires des centres auditifs de réception, car on doit admettre aujourd'hui que le réveil d'un souvenir n'est qu'une sensation atténuée ayant pour siège les mêmes éléments que la sensation initiale.

Et enfin, la reconnaissance d'un mot nécessite encore l'intervention d'un centre distributeur qui va réveiller les sensations de l'objet désigné par ce mot.

Il est donc obligatoire d'admettre, pour le langage parlé, trois centres fonctionnels dynamiques : un centre de coordination articulaire, un centre d'évocation des souvenirs auditifs, un centre de reconnaissance ou d'identification.

Chacun de ces centres a le droit d'être altéré par une lésion cérébrale : d'où trois types schématiques d'aphasie. L'altération du centre de coordination articulaire produira une aphasie motrice, c'est-à-dire la perte des combinaisons de mouvements pour l'articulation du mot, qui n'est autre qu'une apraxie, d'où le nom d'aphasie apraxique qu'on pourrait donner à ce type. L'altération du centre d'évocation auditive entraînera la perte du réveil du souvenir des mots, c'est-à-dire une aphasie amnésique. Enfin l'altération du centre de reconnaissance aura pour effet l'impossibilité de l'identifier, c'est-à-dire une aphasie agnosique.

Il est bien évident que ces trois types schématiques ne se rencontreront jamais à l'état pur en clinique, où il n'existe que des formes complexes. C'est que, d'abord, il serait tout à fait invraisemblable qu'une lésion détruisît complètement et exclusivement le groupe cellulaire constituant un centre. Ensuite, une lésion ne se limitera guère au groupe des cellules mêmes, mais entamera plus ou moins les fibres associatrices sous-jacentes dont la section sera suivie de troubles multiples. Enfin, il faut tenir compte encore des retentissements fonctionnels à distance de la lésion cérébrale, diaschisis de von Monakow, désordre des syntonies chronaxiques de Lapicque.

Quant à la localisation même de ces centres, elle est en réalité des plus arbitraires, car il s'agit, non pas de centres anatomiques, mais de centres artificiels acquis par l'éducation et dont le siège pourra varier selon les individus. De là, la possibilité de lésions de F^3 sans aphasie motrice et d'aphasie motrice sans lésions de F^3.

Il importera que dans l'avenir, les chercheurs s'efforcent de dissocier dans les cas complexes d'aphasie la part qui revient aux lésions de chacun de ces centres, aux lésions de leurs commissures et aux troubles fonctionnels associés. A cet égard, la méthode d'analyse phonétique préconisée par M. Froment pourra rendre des services considérables.

M. Henry Meige (de Paris). — Après tant d'éloges, justement mérités, que l'on vient d'adresser au Rapporteur, j'aurais mauvaise grâce à lui faire une critique. Je la lui ferai cependant.

Le Rapport avait pour titre : *Comment étudier les troubles du langage ?* Or, M. Froment nous a fort clairement résumé les notions classiques sur les troubles du langage ; mais il ne nous a pas assez dit qu'il les avait lui-même beaucoup étudiés, ni surtout comment il les avait étudiés. Or, je sais pertinemment qu'il s'est consacré à cette étude avec une patience, une méthode, une ingéniosité, mieux encore une indépendance d'esprit qui lui fait honneur, et je suis sûr que nous aurions grandement bénéficié de l'entendre exposer avec ses propres enquêtes, ses propres constatations.

Bref, ce que je reproche au rapport de M. Froment, c'est de ne pas nous avoir assez fait connaître l'œuvre de M. Froment.

Ceci dit, dût la modestie du Rapporteur en souffrir, je tiens à le féliciter d'avoir réservé un chapitre à une catégorie de troubles du langage, généralement négligée dans les ouvrages de neurologie. Je veux parler des *troubles de l'élocution* (le bégaiement en est l'exemple le plus banal) et d'autres incorrections verbales de la même famille.

M. Froment a bien voulu ne pas m'oublier dans ce chapitre, et cependant mes travaux ayant paru un peu avant la guerre, de plus graves préoccupations les ont fait demeurer dans l'ombre. Je les ai repris avec la paix et développés dans un article de Traité; malheureusement cet article est, depuis deux ans, en souffrance.

Je n'entreprendrai pas d'en donner ici ne fût-ce qu'un résumé. Je montrerai seulement l'intérêt que présente pour les neuro-psychiatres l'étude de ces troubles du langage.

Donc, on observe, à côté du groupe imposant et complexe des aphasies, des accidents phasiques qui s'en distinguent par leurs caractères et par leur origine.

Le plus connu de ces accidents verbaux est le *Bégaiement,* dont il existe maintes variantes et maints degrés.

Le Bégaiement mérite-t-il donc une place en nosographie nerveuse ? Assurément.

D'abord, comme le disait Brissaud, « il n'y a pas de petites maladies ». Le plus léger désordre mérite observation. Et l'étude seule des modalités du bégaiement a fourni matière à des travaux étendus.

Mais il y a plus, et c'est sur quoi j'ai spécialement insisté: « lorsqu'on observe attentivement les bègues, on ne tarde pas à s'apercevoir que chez eux, le trouble de la parole, le seul qu'on crût d'abord exister, n'est qu'un des éléments d'un syndrome complexe, auquel participent des troubles respiratoires, des désordres moteurs généraux, des réactions vaso-motrices et sécrétoires, et souvent aussi des anomalies mentales. » (1).

C'est pour désigner ce syndrome que nous avons employé le mot de *Dysphasie,* qui veut dire tout simplement: difficulté de la parole.

Il existe de grands dysphasiques, chez qui les désordres moteurs généraux ne sont pas moins accentués que le trouble de la parole, et qui sautent aux yeux.

Il y a aussi, en plus grande abondance, de petits dysphasiques, — ce sont les bègues vulgaires —, chez qui trouble verbal et troubles moteurs coexistent également; les seconds sont souvent très atténués et peuvent passer inaperçus à un examen superficiel.

Mais ce qu'il importe de retenir, c'est qu'entre les grands et les petits dysphasiques on rencontre tous les degrés, tous les intermédiaires.

Cette remarque met sur la piste de l'origine du bégaiement.

En effet, l'étude des grands dysphasiques a conduit à supposer chez eux l'existence d'une atteinte des noyaux gris centraux, par analogie avec ce que l'on observe dans certains syndromes anatomo-cliniques, tels que la maladie de Wilson, le syndrome de C. Vogt, les syndromes parkinsoniens, pseudobulbaires, etc.

Pour ce qui est des petites dysphasies, du bégaiement vul-

---

(1) Henry Meige. — Les Dysphasies fonctionnelles. Comment étudier les bégaiements. *Revue Neurologique*, 15 Déc. 1923.

gaire, on peut admettre qu'il s'agit, non pas de lésions accidentelles, mais vraisemblablement d'imperfections évolutives survenues dans le relai nucléaire gris ou dans les voies de communication de celui-ci avec l'écorce ou les étages sous-jacents.

Nous avons émis cette hypothèse dès 1914, bien avant les acquisitions nouvelles de la pathologie nucléaire (1).

Les récentes études sur les syndromes striés et les syndromes parkinsoniens accréditent cette manière de voir.

En définitive, les dysphasies, grandes ou petites, seraient déterminées par une atteinte accidentelle ou un déficit évolutif des centres nucléaires ou de leurs voies de connection.

J'ajoute qu'il est très fréquent de constater chez les dysphasiques des singularités mentales, notamment des obsessions ou des stéréotypies verbales, et surtout de vives réactions émotionnelles, qui viennent aggraver considérablement leur état.

Mais j'ai longuement analysé ailleurs les troubles verbaux, moteurs et psychiques des dysphasiques. Je n'y insisterai donc pas.

Je terminerai en adressant encore un reproche à M. Froment: c'est de n'avoir pas signalé, ne fût-ce que par un mot, l'existence d'une autre catégorie de troubles de la parole: je veux dire les *troubles de la prononciation.*

Ceux-ci sont encore plus délaissés que les précédents dans les ouvrages classiques. Le *zézaiement,* le *chuintement,* le *lalliement,* le *grasseyement,* le *nasillement,* etc., sont cependant des infirmités verbales fort importunes.

Pour les distinguer des dysphasies et les tirer d'un ostracisme regrettable, j'ai proposé de les désigner sous le vocable de *Dystomies,* qui veut dire prononciation difficile. La racine στόμα, bouche, qu'on retrouve dans ce mot, donne à entendre que les organes buccaux sont directement responsables de ces défectuosités de la parole.

Et, en effet, les fautes de prononciation sont le plus souvent causées, soit par une mauvaise conformation du palais, du nez, des lèvres ou des dents, soit surtout par des maladresses linguales.

Quelquefois, cependant, on y reconnaît une rigidité ou une spasmodicité de la musculature verbale qui donnerait à penser qu'il existe une atteinte très légère et très localisée de l'appareil nerveux.

---

(1) V. *Soc. de Neurologie de Paris,* 12 Février 1914.

En tout cas, la caractéristique des dystomies est que l'incorrection de la parole est élective: elle ne se manifeste qu'avec l'émission d'une syllabe, toujours la même pour le même sujet. De plus on n'observe pas de troubles concomitants.

Enfin, parmi les troubles du langage, ceux de la prononciation — les dystomies — se corrigent assez facilement. Et ceci n'est pas négligeable.

M. Quercy (de Rennes). — L'idée centrale du rapport de M. Froment est : il n'y a pas d'images motrices verbales et l'émission d'un mot exige deux actes successifs, l'évocation de son image auditive et le jeu d'un mécanisme automatique. On peut soutenir, au contraire, que : I, le langage oral n'exige pas l'intervention d'images auditives ; II, les images verbales conscientes de beaucoup de sujets sont motrices.

I. *a.* La conversation courante se déroule sans qu'on ait conscience d'images auditives et il en est de même de la lecture; des Allemands nous disent qu'ils n'ont pas d'images visuelles de l'imprimé gothique; les dactylos n'ont pas d'image visuelle du clavier de leur machine.

b. Dans la recherche et la découverte d'un mot, de nombreux sujets affirment qu'ils n'ont pas conscience d'images auditives.

c. L'aphasique moteur souffre-t-il du défaut d'images auditives ? Il ne faut pas compter sur les explications mal intellectualisées des aphasiques guéris; mais l'observateur qui les soigne peut-il dire que la rééducation des aphasiques se fasse en réveillant des images auditives ? Il semble d'abord que oui: on a souvent avantage à négliger de leur montrer l'articulation des mots pour se borner à les leur faire entendre. *Mais* il faut alors recourir à des séries familières: 1, 2, 3, 4, 5, 6, — *a, e, i, o, u,* les jours, les mois, 1! 2! accompagnés de mouvements de marche; *mais* « en, on, enfant » seront donnés par « allons enfants de la Patrie » ; *mais* on connaît le rôle des émotions : « dites, Attention ! » n'aboutit pas, tandis que le malade, si les circonstances l'exigent, s'écrie : « Attention ! » ; on connaît enfin le rôle rééducateur du chant, des formules consacrées, de la récitation, etc. Rien ne permet de supposer que des images quelconques jouent un rôle essentiel dans tout cela.

e. Si parole et écriture nécessitent des images auditives ou visuelles, tout sujet inapte à les évoquer sera incapable de parler et d'écrire. Si donc, l'aphasie sensorielle est caractérisée par l'inaptitude à l'évocation des images voulues, on ne comprend plus pourquoi elle est parfois compatible avec une

« parole répétée », une lecture à haute voix et une écriture spontanée correctes.

f. Si enfin la parole naît de l'évocation d'images auditives et la compréhension verbale de la possibilité d'évoquer correctement ces images, comment l'aphasique moteur, qui comprend la parole orale, est-il inapte à la répéter ? Ce ne peut être par effacement immédiat du souvenir du mot entendu : il comprend des phrases, il exécute des ordres compliqués.

Le recours aux images auditives (et visuelles) n'est donc un fait observé et une explication suffisante ni dans le langage normal, ni dans ses accidents, ni dans l'aphasie motrice, ni dans sa guérison, ni enfin, ajouterai-je, dans l'aphasie sensorielle.

II. Il y a des images motrices.

Evitons d'abord une confusion. On dit : nous ignorons d'ordinaire nos mouvements d'articulation ; ce que nous ignorons, ce sont les sensations visuelles des mouvements de notre appareil phonatoire, mais nous en avons des sensations motrices et tactiles directes très nettes, sensations labiales, linguales ou gutturales et non visuelles ou manuelles ; un aveugle-né privé de naissance de ses deux mains a ces sensations comme nous. Ces sensations ont des images. La plupart des sujets, leur appareil phonatoire au repos, se représentent à la perfection l'articulation des mots. Il ne faut pas dire qu'il s'agit de sensations ébauchées : quand la bouche ouverte, on se représente l'émission d'une labiale, il ne s'agit pas de sensations ébauchées, mais tout au plus préparées, anticipées. D'ailleurs, l'inhibition soigneuse ou la contracture fixe, diffuse et énergique de l'appareil phonatoire permettent encore l'imagination très vive des mouvements d'articulation verbale. On évoque enfin très nettement l'émission des mots, tout en effectuant des mouvements d'inspiration. Il existe donc des images motrices verbales mais leur rôle dans le langage ordinaire de l'aphasie motrice est probablement aussi effacé que celui des images auditives. Quant à aller plus loin et à remplacer les images par d'autres phénomènes psychologiques ou organiques, ce travail est tout entier à faire et je doute que les « schémas dynamiques », les « formes » et les « schehmes » tiennent leurs promesses.

M. Courbon (de Stephansfeld). — L'imagination représentative ou faculté de se représenter visuellement et auditivement les choses et les êtres à qui l'on pense, est toujours prépondé-

rante dans le domaine de l'ouïe, parce que l'intermittence des bruits qui du dehors frappent l'oreille facilite la production des représentations auditives, tandis que la permanence des impressions qui frappent l'œil empêche celle des représentations visuelles. Suivant que le sujet est doué ou non d'I. R., dans le délire et l'obsession, il a une simple hallucination psychique ou une hallucination verbale auditive grave. A remarquer en outre que dans ce dernier cas il y a presque toujours une maladie organique de l'oreille (Régis), qui entrave le jeu de la perception extérieure et empêche aux éléments réducteurs de l'hallucination de faire leur office.

M. Brissot (de Rouffach). — Le Docteur Brissot se range à la théorie très séduisante du rapporteur sur la prédominance des images auditives et visuelles verbales dans la genèse des troubles aphasiques. Se plaçant au point de vue rééducation, il montre que, si cette dernière est souvent pénible et décevante, c'est en raison des troubles marqués de l'attention et de l'émotivité que présentent à peu près tous les aphasiques. De même en ce qui concerne les rapports de l'aphasie et de l'apraxie, peut-on dire qu'un aphasique moteur est en même temps apraxique idéo-moteur, alors qu'il est inhabile, très émotif et aussi le plus souvent hémiplégique du côté droit ? Cependant, tout en éliminant l'apraxie idéatoire de Pick, on peut admettre vraisemblablement que certains cas d'aphasie motrice peuvent coexister avec des troubles d'apraxie idéo-motrice, par extension des lésions au corps calleux.

M. Froment a signalé dans son rapport l'influence de l'état intellectuel dans l'évaluation des troubles du langage chez les aphasiques, et il a écrit avec juste raison que ce déficit peut être léger. Le Dr Brissot rappelle que la théorie intellectuelle de l'aphasie qu'a donnée M. le Professeur P. Marie a compliqué la question, puisque, déclare ce dernier, la zone de Wernicke étant par définition une zone intellectuelle, tout déficit par lésion de cette zone sera un déficit intellectuel. Le Dr Brissot rappelle les travaux qu'il a faits sur l'état mental des aphasiques en collaboration avec son maître M. le Docteur Marcel Briand, et montre que, si le déficit intellectuel des aphasiques est souvent à peu près inexistant, il persiste cependant chez eux des troubles de la volonté, du caractère, de l'attention qui font que l'examen de ces malades est délicat et que, d'autre part, le pronostic de l'aphasie — tant motrice que sensorielle — reste la plupart du temps assez sombre (cas de Madeleine Reeb).

M. d'Hollander (de Louvain). — Je ne comptais pas prendre la parole dans ce débat psychologique sur l'Aphasie. Si je le fais, c'est à raison de ce que le distingué rapporteur dans son remarquable et original rapport et mon collègue Van der Vloet ont rappelé mes modestes travaux sur l'Apraxie.

Je tiens à faire seulement deux remarques.

Il est exact que c'est en partant du schéma de l'Aphasie que l'on est parvenu à isoler le syndrome moteur apraxie. Mais jamais il ne fut dit que l'apraxie dans ses diverses formes soit due à la perte des images motrices de l'exécution praxique.

En second lieu — et ceci pour dissiper les doutes qui ont été exprimés par certains orateurs — nous devons accepter l'apraxie comme une réalité clinique. Mais je m'arrête; ce serait ouvrir ici la question si vaste et si complexe de l'apraxie.



M. Froment (de Lyon). — La question des troubles du langage est trop difficile et trop complexe, elle a un trop long passé, pour qu'un point de vue nouveau puisse d'emblée être adopté de tous. Aussi ne nous étonnons-nous pas que notre exposé ait suscité quelques contradicteurs. Mais pourquoi ceux qui ont vraiment pris position dans la question de l'aphasie se sont-ils abstenus de prendre part à cette discussion ? Nous aurions écouté avec intérêt leurs objections et nous étions prêts à y répondre. Et surtout nous eussions aimé à savoir ce qu'ils pensaient des constatations sur lesquelles notre conception est étayée, si oui ou non ils s'étaient attachés à en vérifier l'exactitude ; car le nœud de la question est là.

L'analyse et l'explication des *hallucinations verbales* que nous avons données ont rencontré l'approbation générale. Pour ce qui concerne l'*aphasie,* des points de vue différents du nôtre, contradictoires entre eux et presque tous imbus des doctrines anciennes nous ont été objectés. Mais aux constatations, aux faits sur lesquels est étayé notre exposé, aucun fait n'a été opposé ; force nous est de le constater.

Il faudra bien que l'on arrive à se rendre compte qu'une *méthode d'analyse clinique rigoureuse, phonétique, plus encore que psychologique, s'impose désormais* dans l'étude des troubles du langage ; et que cette méthode d'observation acquiert dans les tentatives de rééducation bien conduites, la signification et la valeur d'une *véritable méthode expérimentale.* C'est à des constatations de ce genre qu'il faut demander la justification ou l'infirmation de toute hypothèse sur la nature exacte de tel ou tel trouble de la parole. Mais il va sans dire qu'elles

n'autorisent à elles seules aucune conclusion sur la localisation même des centres du langage et des lésions qui tiennent sous leur dépendance les divers syndromes étudiés. *Elles ne peuvent que nous renseigner sur la nature même des troubles de la parole qui constituent ces syndromes,* mais sont par contre *seules qualifiées pour le faire.*

Comment l'*étude anatomo-pathologique* la mieux dotée de tous les perfectionnements modernes pourrait-elle permettre de s'inscrire en faux contre de telles données, quand elle se croit en mesure de le faire, c'est qu'elle se paye de mots, passe insensiblement et sans s'en rendre compte de ce qu'elle constate à ce qu'elle suppose. De tels empiètements sont malheureusement fréquents: on en a pour ainsi dire pris l'habitude, tout particulièrement, dans la question qui nous occupe. La *méthode anatomo-clinique,* que l'on ne s'y trompe pas, ne pourra donner des résultats probants que du jour où les troubles dont elle cherche à déterminer le substratum anatomique auront d'abord été cliniquement bien définis et bien délimités, ce qui, quoi que l'on en ait pu penser (les controverses actuelles suffisent à le montrer), n'est guère le fait des troubles du langage.

Que l'on ne nous demande pas par peur d'inféoder les constatations cliniques à telles ou telles conceptions psycho-physiologiques de nous borner à *observer sans interpréter.* L'esprit humain peut-il s'interdire de chercher à comprendre et, à supposer qu'il le puisse, l'observation y gagnerait-elle, ne serait-elle pas inévitablement moins intelligente et moins précise ? Ne voit-on pas d'ailleurs que nul, avant nous, ne s'est privé, bien au contraire, de sous-entendre nombre de concepts psycho-physiologiques aux faits cliniques et anatomiques sur lesquels il attirait l'attention. Mais jugeant bien à tort cette interprétation évidente, il se dispensait de faire la critique des hypothèses psycho-physiologiques émises et ne tentait même pas d'en faire la preuve. Souvent encore il camouflait, pourrait-on dire, ces hypothèses psycho-physiologiques auxquelles il attribuait une terminologie et une représentation anatomiques, mais qui n'en étaient de ce chef ni moins psycho-physiologiques, ni moins hypothétiques. Nous retrouvons chez quelques-uns de nos contradicteurs cette fâcheuse tendance qui risque de compromettre le *penser anatomique* et qu'il faut définitivement rejeter.

Le danger n'est pas de *penser physiologiquement* ou quand la fonction dont on étudie les troubles est aux confins de la

physiologie et de la pensée, de *penser psycho-physiologiquement*, mais bien de s'engager sur ce terrain sans s'en rendre compte, sans le déclarer ouvertement, sans assurer tous ses pas, sans *étayer soigneusement chaque hypothèse sur des constatations objectives* (*analyse phonétique*) *et si possible expérimentales* (*rééducation*). Telle est la méthode que nous avons suivie et préconisée.

Ces remarques générales étant faites, nous répondrons brièvement à quelques objections de détail, auxquelles il se trouve que nous avons d'avance répondu, sinon dans notre rapport même, tout au moins dans la série d'études que nous avons déjà consacrées à l'aphasie.

Le concept *images du langage* doit-il être oui ou non conservé ? Il nous paraît quant à nous *aussi illogique,* aussi contraire aux données de l'observation, *d'admettre les images motrices d'articulation,* que *de nier les images auditives et visuelles verbales.* Certes on a peu à peu, en les compliquant, détourné les expressions images auditives et visuelles verbales de leur sens véritable auquel nous nous sommes efforcés de les ramener en plaçant (dans le tableau qui résume notre conception) à côté du terme « image auditive verbale » celui de « *leit-motiv verbal* » et à côté du terme « image visuelle verbale » celui de « *hiéroglyphe verbal* ».

Quoi que l'on puisse dire, il n'en demeure pas moins que nous pouvons voir et entendre un mot dans notre pensée sans le voir ni l'entendre en réalité, tandis que nous ne pouvons prendre conscience des sensations cinesthésiques d'ailleurs fort confuses qui sont liées à l'articulation de tel ou tel phonème ou de tel ou tel mot, sans articuler ou tout au moins sans ébaucher l'articulation des dits phonèmes ou des dits mots. Les impressions auditives et visuelles verbales que nous évoquons ainsi dans nos rêves ou dans notre pensée répondent bien à la définition de l'image mentale : « reviviscence d'une sensation en l'absence de l'objet », tandis que les sensations cinesthésiques articulaires n'y répondent pas puisqu'elles ne survivent pas à l'acte lui-même, ne peuvent qu'être provoquées par lui, mais non évoquées sans lui, car elles ne subsistent pas dans notre mémoire. *Images auditives et visuelles verbales* proprement dénommées et *sensations cinesthésiques* dénommées à tort, images motrices d'articulation sont en réalité des *données immédiates de la conscience bien différentes.* Or Pascal, dans l'opuscule intitulé « Esprit de géométrie », écri-

vait fort justement : « On peut donner à une chose un nom tel qu'on voudra, mais il faut bien se garder de donner le même à deux choses différentes. »

M. Anglade nous a reproché d'avoir assimilé les termes *anarthrie* et *dysarthrie,* alors que P. Marie, nous a-t-il dit, s'était toujours défendu d'avoir voulu faire une telle assimilation. S'il en était vraiment ainsi, le terme eût été mal choisi, étant donné son étymologie et l'acception qu'on lui donnait avant que P. Marie en eût fait l'usage que l'on sait. La sémantique ne nous apprend-elle pas, nous l'avons rappelé, qu' « un sens nouveau, quel qu'il soit, ne met jamais fin à l'ancien » (Bréal). Mais avons-nous vraiment eu tort de donner au terme anarthrie le sens de trouble de la coordination articulaire et était-il vraiment superflu de s'attacher à démontrer que *le sujet dit anarthrique* par P. Marie et son école *n'a rien d'un dysarthrique ?*

Pourquoi alors Ch. Foix, dès qu'il veut préciser et concrétiser le terme d'anarthrie, emploie-t-il aux lieu et place celui de dysarthrie ? Voici pourtant ce qu'il écrit : « Certains auteurs insistent sur ce point, que les aphasiques, dits moteurs, ne sont pas dysarthriques, en ce sens que les quelques locutions, par eux employées, sont correctement prononcées. Ceci est presque vrai, si l'on ne tient compte que du vocabulaire conservé : « nom de D... », « peux pas dire », etc... ; mais si l'on fait répéter d'autres mots, la dysarthrie apparaît aussitôt. »

Dans le même article du *Traité de Pathologie interne et de thérapeutique appliquée* consacré à l'anarthrie, Ch. Foix écrit encore : « Même aux sujets suffisamment améliorés pour avoir recouvré la presque intégrité de leur parole, il suffit de proposer les tests classiques des paralytiques généraux : artilleur d'artillerie, constitutionnellement, pour les voir présenter une dysarthrie très marquée, au moins égale à celle de la paralysie générale, bien que très différente dans son aspect. » La preuve n'est-elle pas faite que l'école de P. Marie, sinon P. Marie lui-même, emploie le terme « anarthrie » dans le sens « dysarthrie ». Et l'on voit en même temps qu'il n'était nullement superflu d'établir que les troubles de la parole de l'aphasique n'ont rien de ceux qui caractérisent une dysarthrie vraie, une dysarthrie pure.

Pour ce qui concerne l'*apraxie,* nous avions prévu les objections que l'on nous a faites et nous avions été au-devant

d'elles ; mais elles ne nous paraissent nullement démonstratives. Dans le cas d'apraxie unilatérale de Liepmann (M. d'Hollander qui l'a fort bien étudié dans son remarquable rapport consacré à l'apraxie ne nous contredira pas), il y avait des troubles unilatéraux de la sensibilité profonde. Au lieu d'invoquer la perte de prétendues images motrices, n'est-il pas plus simple d'admettre que l'apraxie unilatérale est la résultante de l'adjonction à des troubles de l'intelligence de troubles de la sensibilité profonde. L'existence de ces derniers troubles considérés comme contingents est loin d'être exceptionnelle en pareil cas, nous l'avons relevée dans d'autres faits analogues. Quoi qu'il en soit, si l'apraxie et ses diverses modalités sont des faits indiscutables, les explications que l'on en a données demeurent des hypothèses contestables et même, dirons-nous, fort problématiques. Aussi demandons-nous à ce que *dans les discussions sur l'aphasie on renonce à tirer argument de l'apraxie.* Procéder ainsi, c'est en quelque sorte faire une *pétition de principe,* puisque la *conception de l'apraxie* qui a encore cours a été *édifiée sur le modèle même de la conception de l'aphasie qui fut classique.* Et d'ailleurs le proverbe le dit fort justement : « Compaiaison n'est pas raison. »

Rien ne peut, nous semble-t-il, prévaloir contre les faits suivants que nous avons mis en évidence :

On peut retrouver dans l'aphasie dite motrice avant toute rééducation la totalité des procédés articulaires correctement exécutés ;

On peut rééduquer l'aphasique moteur par l'oreille sans s'occuper en aucune manière du mécanisme articulaire.

Nul ne s'est inscrit en faux, ni au cours de la discussion qui vient d'avoir lieu, ni antérieurement, contre ces faits et d'autres constatations du même ordre sur lesquelles nous avons attiré l'attention depuis longtemps. On a préféré porter la discussion sur d'autres terrains, poser des questions de principes, faire encore des hypothèses sans les étayer solidement. Nous sommes quant à nous bien décidé à ramener la discussion sur ces *constatations objectives* qui, nous persistons à le penser, éclairent d'un jour nouveau non seulement la question de l'aphasie mais encore indirectement toutes les questions afférentes aux divers troubles du langage.

3[me] RAPPORT

ASSISTANCE

L'ADAPTATION DU MALADE MENTAL A SON MILIEU SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DE L'ASSISTANCE FAMILIALE

RAPPORTEUR : **M. F. SANO** (de Gheel)

RÉSUMÉ DU RAPPORT

M. SANO (de Gheel). — Messieurs, j'ai essayé dans mon rapport de me faire lire, je vais aujourd'hui essayer de me faire comprendre. Inutile, après les discours que nous avons entendus, de vous reparler de l'histoire des traitements psychiatriques. Notre président nous a montré qu'on peut réhabiliter même les lettres de cachet. Je me bornerai à deux citations. Je trouve la première dans les pages jaunies de ce numéro de la *Semaine Médicale* du 1[er] août 1896. Au septième de vos Congrès, c'était le second auquel j'assistais, le D[r] Paul Garnier nous parla de l'internement des aliénés. Et voici comment le D[r] de Massary nous rapporta ses paroles au sujet du traitement moral : « Quant à ce traitement moral, il ne semble pas pouvoir prendre pour base le système de l'intimidation, par la menace ou l'application d'une punition. Il emprunte sa principale valeur à l'autorité de la parole du médecin, et aux manifestations d'une bienveillance affectueuse et inlassable, que beaucoup d'aliénés savent encore apprécier. »

Tels sont les sentiments qui dominent notre époque.

Je me hâte maintenant de dissiper un malentendu, et je m'excuse d'avoir écrit à la fin de mon Rapport, qui est présenté à des médecins français, une appréhension concernant l'avenir de « notre Ligue d'Hygiène Mentale ». Il s'agit évidemment de la ligue belge de ce nom. L'article du D[r] Toulouse dans le numéro de juillet-août de l'*Informateur des aliénistes* (p. 160) lève d'ailleurs tous les doutes à cet égard. « Nous voulons faire cesser ce régime d'exception, écrit-il. Nous sommes abolitionnistes de toute réglementation abusive, qui, comme pour la syphilis et la tuberculose, aboutit à des excès exactement opposés à l'intérêt de ceux qu'elle veut protéger. La psychiatrie doit prendre un visage aimable et rassurant ; elle doit attirer et non effrayer. »

C'est aussi ce que je voulais dire, et je souscris volontiers à l'ordre du jour voté par la Société Médico-Psychologique (*Annales m.-ps.*, juin 1924). Le commencement et la fin de mon rapport étant ainsi éclaircis, je l'espère, j'ai à vous exposer brièvement comment le malade mental — enlevé au milieu où la crise a attiré sur lui l'attention de son entourage immédiat ou des pouvoirs publics, — s'adapte à son nouveau milieu. Nous nous représentons ce malade comme un être désemparé, qu'il soit conscient de ses infériorités ou qu'il n'en puisse découvrir les origines. Son sentiment de révolte ou de détresse le pousse à rechercher aide et assistance. Peut-on lui donner un secours plus enviable et plus conciliant que celui d'une mère de famille qui, par sa bonhomie, sa jovialité, sa tendresse, lui rappellera celle qui fut son refuge naturel aux premières années de son existence. Qui de nous ne songe à sa mère, quand l'adversité ou un ensemble de difficultés, en apparence insurmontables, nous oblige à prendre vis-à-vis de la société une attitude défensive, dont notre sort semble dépendre.

Les sentiments d'affection étant ainsi réveillés, le malade essaiera par son aide de démontrer sa reconnaissance. Le travail en famille est d'un puissant et éducatif secours. Il ne faut pas qu'il soit rétribué autrement que par les bontés en usage dans les familles.

Les juges des enfants nous ont dernièrement demandé de faire rétribuer par un salaire effectif les services productifs rendus par les enfants placés en famille. Cet esprit, qui s'explique par les mœurs des régions industrielles, est néfaste

pour la rééducation sociale. Le caractère patriarcal de l'assistance familiale en est troublé, je dirai même annihilé.

Le salaire n'est justifié que quand l'enfant ou le malade se rend chez des voisins ou des étrangers. C'est alors seulement qu'il prend son importance sociale.

Dans un très bel article intitulé « De l'esprit de famille à l'esprit social », le Dr Decroly (*le Service Social*, n° 6, Bruxelles) attire l'attention sur le rôle de la famille dans l'éducation et dans la rééducation. Ce qu'il y dit des enfants est également vrai des aliénés adultes, dont le désordre des idées et le manque d'assise des sentiments doit puiser aux mêmes sources pour édifier une personnalité nouvelle ou rénovée. Il faut repartir des tendances élémentaires pour obtenir une adaptation psychique au milieu nouveau.

Si la mère de famille représente pour l'aliéné cette divinité secourable dont il a tout d'abord besoin pour savoir désirer vivre, le père représente à ses yeux l'être qui doit assurer la sécurité, la confiance dans la force protectrice.

Ces deux éléments d'apaisement ne sauraient être remplacés avec une égale certitude de succès par le personnel infirmier ou médical de nos établissements. Certes, le personnel peut beaucoup, surtout s'il sait s'ajouter à ceux qui assurent l'existence du foyer. Mais il est aisé de concevoir que les garanties d'un prompt apaisement psychique se trouvent réunies d'une manière idéale dans l'organisation familiale. Et, dès lors, c'est là également que le malade trouvera cet ensemble de motifs qui vont satisfaire ses exigences et lui rendre l'adaptation plus aisée.

Or, de cette adaptation, de cet attachement croissant aux humains, aux animaux domestiques, aux objets du nouvel entourage, dépend le sentiment d'optimisme, qui va permettre à la restauration mentale de progresser avec ordre et méthode.

On peut dire que tout le reste s'ensuit.

J'aurais voulu développer d'une manière plus documentée les détails de l'adaptation physiologique, et montrer qu'elle a sa grande importance. Aux Congrès de 1900, on fêta le « penser anatomique ». Ces temps sont loin. J'ai cru cependant qu'un peu de bio-chimie ne déparerait point mon rapport, bien qu'aujourd'hui tout soit à la psychologie. Mais je n'insiste pas.

Peut-être trouverez-vous ma conception des trois besoins primordiaux, qui exigent leur satisfaction pour obtenir l'adaptation rédemptrice (besoin d'amour, besoin de sécurité, besoin d'idéalisme), d'une nature trop facile et trop simpliste. Laissez-moi vous rappeler que pour guérir l'hystérie, le Dr Paul Sollier partait d'une idée très simple, celle d'une diminution de la sensibilité, résultant d'un sommeil partiel de l'écorce cérébrale. Et il obtint de brillants résultats. Après lui, on obtint encore des résultats en niant précisément l'existence de tout ce qu'il avait trouvé. C'est que pour prendre une forteresse, il ne s'agit pas d'en détruire toute l'enceinte, il convient d'y entrer par un coin. Pour arrêter le cercle vicieux d'un état morbide, il suffit d'en enlever un chaînon. Pour apaiser un état mental exaspéré, il ne faut souvent qu'un peu de bonté.

Discussion

M. Aug. Marie (de Paris). — A propos de l'excellent rapport du Dr Sano, de Gheel, sur les adaptations sociale et familiale, physiques et psychiques des aliénés en colonie familiale, le Dr A. Marie remercie le rapporteur de l'opinion élogieuse exprimée touchant l'A. F. créée en France dans le Cher et l'Allier (Dun, Ainay), depuis 1890. Il reporte à la Belgique et aux médecins de Gheel et Liernieux tout le mérite des suggestions qui ont conduit à la création d'une colonie familiale similaire en plein essor en France (2.000 malades).

En son nom et en celui de M. Paul Fleurot, conseiller municipal délégué de Paris au Congrès et rapporteur des Colonies, le Dr A. Marie expose ensuite la nouvelle et dernière création de la Seine à Lurcy (Allier).

Il s'agit d'une colonie ouverte de convalescents sortis des asiles, mais non encore en état d'être abandonnés à eux-mêmes.

Il a paru indispensable de séparer cette assistance de réadaptation de celle des chroniques soumis à la loi de 1838.

Les 2 catégories doivent être assistées à part et dans des conditions distinctes (34 placements à ce jour, après quelques mois de fonctionnement, et une demi-douzaine de sorties transitoires ayant été suivies de récupération.

M. Vervaeck (de Bruxelles) tient à protester contre la question que formule, à la fin de son remarquable rapport, le Dr Sano : « Notre Ligue d'hygiène mentale (belge), que conduit l'Ecole pénitentiaire, ne deviendra-t-elle pas une ligue contre les aliénés ? C'est fort à craindre. »

Au nom de notre Ligue, je tiens à dissiper l'erreur que pourrait créer chez quelques-uns de nos collègues étrangers une telle hypothèse ; c'est méconnaître entièrement le but et les tendances de notre propagande que de supposer que nous puissions défendre une telle conception ; nous nous efforçons au contraire de dissiper les regrettables préjugés qui règnent dans le public au sujet des maladies mentales et qui entravent si souvent la thérapeutique efficace et précoce des anomalies et des troubles intellectuels. C'est dans ce but que nous cherchons à développer l'action si féconde des dispensaires d'Hygiène mentale.

Dans sa belle colonie de Gheel, mon ami Sano semble ne connaître que des aliénés paisibles et aimables ; nous en rencontrons malheureusement d'autres dans nos prisons ; ils sont beaucoup moins pacifiques et leurs tendances criminelles persistantes les rendent dangereux au point de vue social. C'est pour ce groupe d'aliénés « judiciaires », assez restreint d'ailleurs, que nous avons le droit — et j'estime que c'est notre devoir — de réclamer des mesures énergiques de défense sociale efficace et prolongée, tout en réclamant pour eux le traitement psychiatrique que leur état justifie.

M. Courbon (de Stephansfeld). — L'adaptation d'un individu est réalisée lorsqu'il est satisfait des conditions d'existence du milieu et y dépense une activité compatible avec ces conditions. L'élément satisfaction distingue l'adaptation de la résignation et de l'indifférence. L'élément travail distingue l'adaptation de la nécessité voulue ; par exemple, on ne saurait dire que le blessé qui vient se faire soigner en chirurgie soit adapté à la chirurgie.

Le milieu est une collectivité séparée des autres groupes sociaux d'une façon plus ou moins hermétique et soumise à une discipline plus ou moins différente. Les milieux auxquels peut s'adapter le malade mental sont : les quartiers de traitement de l'asile, — les services généraux d'annexes de l'asile, — la colonie familiale, — la liberté.

Les malades mentaux ne peuvent pas être considérés

comme adaptables quand ils sont incapables d'intérêt ou de travail (confus, déments, grands agités, grands déprimés). Les autres peuvent être ou non adaptables.

La confrontation des conditions que doit remplir un malade mental pour s'adapter à l'un ou à l'autre de ces milieux serait très intéressante. Elle permettrait peut-être de découvrir les signes qui permettent de distinguer l'adaptation symptomatique de chronicité de l'adaptation symptomatique de guérison, et qui permettent de prédire, avant toute expérience, si le sujet adapté à un milieu d'assistance n'est pas encore adaptable à un autre milieu ou à la liberté.

M. Crocq (de Gand). — M. Sano semble me reprocher une phrase prononcée récemment à l'occasion d'une discussion sur les mesures à prendre à l'égard des aliénés antisociaux : « Tout aliéné est un candidat à la criminalité. » N'est-il pas exact, en effet, qu'au cours de toutes les affections mentales, des réactions antisociales peuvent se produire ? Cela veut simplement dire que *tout aliéné doit être soumis à une surveillance médicale autorisée*, et non être livré aux mains d'un praticien quelconque incompétent. Notre première recommandation, lorsque nous avons affaire à un aliéné soigné à domicile, n'est-elle pas de surveiller le *malade discrètement, même lorsqu'il s'agit d'un inoffensif ?*

J'ai, du reste, au cours de la discussion sus-mentionnée, cité près de vingt délits et crimes commis, en deux mois, dans notre pays, par des déséquilibrés.

Mais, en réclamant des mesures de protection sociale à l'égard des aliénés dangereux, je n'ai nullement voulu combattre le mouvement philanthropique des plus intéressants qui se dessine actuellement en faveur des psychopathes.

M. Sano sait fort bien qu'en 1902, je prenais, au Congrès international de l'assistance des aliénés, à Anvers, la défense des malades mentaux. Le distingué rapporteur n'ignore pas qu'au Congrès de l'assistance de Milan, en 1906, je défendais, dans mon rapport, l'assistance familiale et que j'arrivais à conclure que 30 0/0 de nos malades colloqués dans des asiles fermés pourraient jouir de la liberté relative de la colonisation familiale.

Mes idées n'ont nullement changé depuis, et la preuve, c'est que j'ai obtenu, à l'hôpital de Gand, un service d'hygiène mentale pour psychopathes légers.

Mais améliorer l'assistance des psychopathes ne signifie pas qu'il ne faut pas se défendre contre les antisociaux et que les aliénés ne peuvent pas, à un moment donné, devenir dangereux ! A ce point de vue, la Société de Médecine mentale m'a donné raison en émettant le vœu que les aliénés internés ne devaient être mis en liberté qu'avec le consentement du médecin de l'établissement, alors que, dans la législation actuelle, tout malade, quelque dangereux qu'il puisse être, doit être mis en liberté immédiatement sur simple demande de la famille.

Les malades qui sont dirigés sur Gheel sont, dans l'immense majorité des cas, triés sur le volet, et il n'est pas étonnant que M. Sano, en contact constant avec ces aliénés paisibles, en arrive à oublier les dangereux ! Nos colonies sont du reste dotées d'une infirmerie qui permet d'isoler les malades qui présentent des réactions antisociales.

Où je suis complètement d'accord avec M. Sano, c'est lorsqu'il insiste sur le besoin d'*affection* et de *protection* de l'aliéné. C'est là un point que je signalais dans une conférence donnée en mars 1923 à l'Université de Gand : « Il faut, « disais-je, que nous puissions confier les malades à des « médecins expérimentés, de valeur, et possédant cette qualité « indispensable : *la bonté*. J'estime que, pour faire un bon « aliéniste, il faut non seulement être instruit, mais encore « avoir l'âme d'un philanthrope : on obtient des malades de « l'esprit plus par la bonté que par la violence et, à choisir « entre un candidat savant ayant le cœur dur et un autre « moins instruit mais bon, je prendrais, sans hésiter, le « second. » Je disais encore : « Les cris, les agressions, les « révoltes ont quasi disparu de nos établissements, alors « qu'autrefois les asiles d'aliénés étaient, à juste titre, consi- « dérés comme des enfers où les malades, gesticulant, pous- « sant des cris de bêtes féroces, attaquaient leurs gardiens « et leurs médecins, se battaient et ne parvenaient à être « maitrisés que grâce à des moyens de coercition énergiques. « Aujourd'hui, nos salles sont à tel point calmes que le visi- « teur étonné, ne peut s'empêcher de demander où sont « les « fous furieux ». Les aliénés, comme les enfants et « les animaux, discernent ceux qui sont bons et ceux qui « sont méchants : les premiers obtiennent d'eux tout ce qu'ils « veulent, alors que les seconds ne rencontrent que révolte, « agressivité et malveillance. »

J'attache donc comme M. Sano, une grande importance au sentiment dans le traitement, des maladies mentales, je crois qu'il faut considérer les aliénés comme de grands enfants, mais, de même que nous sommes bons et patients avec les enfants tout en nous défendant contre leurs écarts de conduite, nous devons nous préserver des réactions, autrement graves des aliénés.

M. VAN DER SCHEER (de Santpoort). — J'ai lu avec beaucoup d'intérêt le rapport de M. Sano et entendu son exposé. Si je veux faire ici quelques critiques, c'est moins pour faire des critiques à l'assistance familiale que parce que certaines parties de l'exposé du Dr Sano m'ont semblé mériter d'être relevées. Sans doute que cela provient de différences dans l'assistance suivant les différents pays. Excusez alors mon ignorance. Je lis à page 5 : « Si les rigueurs auxquelles on le soumet, y compris l'examen du sang et la ponction lombaire, ne suffisent pas à le convaincre, l'enveloppement humide, sera le suprême argument de la démonstration. Il y a là, sous des formes déguisées, une logique, qui procède des mêmes tendances et qui reste dans l'ordre des anciens errements. »

Mais, Mesdames et Messieurs, cela n'est pas la véritable conception de la chose. L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien, a été un apport si considérable qu'on ne peut l'assimiler à l'enveloppement humide. Le grand progrès dans notre diagnostic psychiatrique est de cette manière trop rejeté à l'arrière plan et cela n'est, d'après moi, ni bon ni nécessaire.

Un bon examen est, et reste nécessaire quel que soit l'endroit où le malade est soigné, à la Colonie ou à l'Asile.

De même, je ne puis consentir à ce qui est dit page 21 : « Entre le malade de l'asile et celui de la colonie, il y a la même différence qu'entre le lion de ménagerie et l'animal nerveux, qui circule dans la brousse, qu'entre le chien et le loup de la fable. » Cette comparaison peut avoir été vraie auparavant et, dans l'idée de M. Sano, elle était nécessaire actuellement pour accentuer le contraste mais dans l'ensemble, elle n'est pas juste.

Pour ce qui regarde l'assistance familiale sa grande utilité est de nous tous reconnue. Pourtant j'aimerais à la voir instituée près d'un asile bien organisé, un asile avec une section ouverte et où le malade peut être rééduqué par le travail.

J'espère que le D[r] Sano prendra en considération mes quelques remarques, non comme une critique contre son excellent rapport, mais seulement comme preuve de mon intérêt pour son œuvre.

M. Repond (de Malévoz-Monthey). — J'ai lu avec un intérêt soutenu le remarquable rapport du D[r] Sano et je tiens à lui exprimer toute mon admiration pour la belle œuvre qu'il poursuit à Gheel.

Je dois lui dire aussi que je m'associe en général pleinement aux conclusions de son rapport, et que certaines phrases notamment ne paraissent dignes d'être retenues et méditées sérieusement par les médecins d'asiles. Sans m'associer à toutes les critiques que le D[r] Sano formule contre les établissements d'aliénés et qui ne me paraissent plus justifiées, du moins pour les conditions de mon pays, je crois cependant qu'il a raison en demandant que « le médecin s'occupe particulièrement à vider les asiles au lieu de servir d'instrument pour les remplir ».

J'aurais souhaité que le D[r] Sano s'étendit d'avantage sur les critères d'après lesquels il juge tel ou tel malade comme apte à bénéficier du placement familial et tel autre comme devant être interné. La forme de la maladie mentale doit être évidemment considérée comme le critère essentiel. En effet, on peut écarter de prime abord du placement familial la presque totalité des organiques, la grande majorité des cyclothymes et toutes les psychoses aiguës. Reste donc, à part les imbéciles, idiots, certains épileptiques et quelques autres, avant tout cette grande classe de malades délirants chroniques, présentant les symptômes essentiels du groupe de psychoses se rattachant à la schizophrénie ou démence précoce.

L'intérêt pratique et scientifique de cette constatation est clair. En effet, si l'on étudie les conceptions de Bleuler on verra que certains symptômes essentiels de la schizophrénie, tels notamment que l'autisme ou fuite hors du réel, déterminent à eux seuls toute une thérapeutique et toute une ligne de conduite. Or, il est pour nous hors de doute, que l'autisme est favorisé singulièrement par un long internement et que de nombreux malades internés deviennent déments alors que très probablement la psychose aurait pris un tout autre

cours dans des conditions extérieures différentes. N'oublions pas que la schizophrénie est la psychose provoquant le plus fréquemment un internement et encombrant généralement les asiles de cas chroniques. Les asiles étant loin d'être pour ces malades, sauf pour les cas aigus, le placement idéal, nous sommes d'avis que le placement familial, par la brèche qu'il pratique généralement dans l'autisme, est pour beaucoup de schizophrènes la solution la meilleure. Il s'ensuit que la question du placement familial des aliénés se réduit somme toute dans la majorité des cas, à la question plus simple du placement familial des schizophrènes. Plus simple dis-je, car si l'on connait la psychologie de cette affection mentale, on peut faire du placement familial non pas seulement une succursale de l'asile d'incurables, mais un agent social et thérapeutique de grande valeur. Le temps me manque pour développer ces idées.

Je n'ai pas encore eu l'occasion de voir la colonie de Gheel, et me réjouis infiniment de la visiter demain. Néanmoins, il me semble par le rapport du Dr Sano que le placement familial tel que nous le pratiquons en Suisse et tel qu'il existe à la colonie de Gheel, offrent des différences essentielles.

Quels sont donc pour nous les malades appelés à bénéficier du placement familial. Je vous exposerai ici en quelques mots, les idées principales qui nous guidaient, lorsque j'eus l'honneur pendant quelque temps de diriger cette institution dans le canton de Zurich où elle est fort prospère. En premier lieu, nous y mettons les malades chroniques et inoffensifs, capables de travailler pour une raison ou pour une autre, ne peuvent rentrer dans leur famille, ou qui n'ont point de parents. Pour tous ces individus le travail est, bien entendu, considéré comme un agent thérapeutique important et nous nous efforçons de les y encourager par tous les moyens en notre pouvoir. En second lieu, nous plaçons volontiers des convalescents pour une période temporaire pendant laquelle se fera la réadaptation plus complète à la vie normale. De même sont placés certains aliénés, délinquants occasionnels, pour lesquels l'éloignement de la ville est chose souhaitable : la plupart des familles hospitalières se trouvent en effet à la campagne. Il en est cependant qui se trouvent dans des centres industriels où les malades ont de nombreuses occasions de s'occuper. Dans ces cas, le rôle de

la famille hospitalière se borne à celui d'un contrôle plus ou moins strict et d'un appui moral.

La presque totalité des aliénés dont je viens de parler, sont des schizophrènes. Bien entendu nous plaçons également toutes les catégories de débiles mentaux. Les réactions de ces derniers à ce changement de milieu étant moins nombreuses et moins compliquées, le problème m'apparait pour eux plus simple. L'intérêt thérapeutique en est aussi moindre et l'avantage de l'institution pour les débiles me parait être avant tout, d'ordre social et économique. Ces côtés du problème ne sont d'ailleurs nullement à négliger. En effet, si l'on vide en partie les asiles, il est évident que l'on n'a pas besoin d'en construire de nouveaux. De plus, les malades en placement familial coûtent infiniment moins cher que lorsqu'ils sont internés. Comme, d'autre part, ils sont généralement presque entièrement rééduqués au travail, on peut les considérer comme plus ou moins réintégrés dans le cadre social productif et non plus comme des poids morts obérant les finances de la communauté.

Une autre différence existe encore entre le placement familial tel qu'il existe à Gheel et tel que nous le pratiquons. En effet, nous n'avons nulle part de colonie et les familles hospitalières se trouvent réparties sur toute l'étendue du territoire. Pour la commodité du service médical, nous préférons souvent, il est vrai, placer plusieurs malades dans le même village.

L'organisation de ces œuvres est des plus simples, car elles dépendent, au point de vue administratif et médical, si entièrement de l'asile cantonal qui y envoie ses malades qu'elles peuvent même être considérées simplement comme un de ses organes. En ce fait résultent de multiples avantages. Ce sont les mêmes médecins qui soignent les malades de l'asile et qui les visitent dans les familles. La continuité du traitement est ainsi assurée. Il y a des avantages administratifs, car aucune friction n'est possible entre médecins d'asile et médecins de colonie. Il y a aussi une très grande simplification de formalités, soit pour le placement d'un malade dans une famille, soit pour sa rentrée à l'asile au cas où son état l'exige. En effet, il est repris dans ce dernier, sans formalité aucune, pour le temps nécessaire et en ressort dès que le médecin le juge bon. Etant donnée l'exiguïté des territoires cantonaux et

la population relativement peu nombreuse, la surveillance médicale est aisée, l'administration facile, et un ou deux médecins de l'asile suffisent amplement à y pourvoir et à faire les visites en plus de leur service hospitalier.

J'ai tenu à vous donner ces quelques renseignements sommaires sur l'œuvre qui fonctionne dans plusieurs cantons suisses, notamment dans le canton de Zurich et dans le canton de Vaud, où le Dr Preisig de Cery a créé un placement familial digne d'admiration. Je me rends bien compte d'ailleurs de tout ce qui nous reste à faire dans ce domaine et tiens encore une fois à exprimer ma reconnaissance au Dr Sano pour son magistral exposé, qui nous ouvre des aperçus féconds sur les possibilités de ce mode si intéressant de traitement des aliénés.

M. CHRISTIN (de Montreux). — Depuis vingt ans nous faisons en Suisse française du placement familial. Des chroniques tranquilles, habitués à la discipline de l'asile, des débiles, sont placés par petits groupes de un à trois dans des maisons isolées ou des hameaux sans auberge, chez des paysans connus personnellement des médecins de l'asile. Ceux-ci savent très bien tirer parti des capacités réduites des malades. La plupart du temps, quelquefois au 2e ou au 3e essai, le malade s'accoutume à son nouveau milieu, il devient comme un membre de la famille. Après la désintégration de la psychose, il se fait une réorganisation psychologique. Il y a non seulement adaptation sociale, mais adaptation affective, très supérieure à la soumission automatique à la discipline de l'asile. Plus encore qu'un simple placement, c'est un *reclassement social*. Les malades restent sous la surveillance du médecin d'asile, qui les visite régulièrement, ainsi qu'une infirmière qui s'occupe de leur trousseau. L'asile les reprend à la moindre complication. Des actes délictueux ou des scènes de violence sont excessivement rares, montrant bien que c'est la contrainte qui exagère l'agitation des malades. A Genève, nous nous occupons encore du placement de petits mentaux, psychopathes, jeunes débiles, en collaboration avec la commission des apprentissages et le patronage des orphelins ; mais les résultats sont plus décevants.

M. DECROLY (de Bruxelles). — Avec d'autres qui m'ont précédé à cette tribune, je me réjouis de ce que le rapporteur ait

accentué le point de vue psychologique dans l'assistance des maladies mentales. Cette tendance à considérer le problème d'un point de vue plus dynamique, entraîne à examiner plus étroitement les conditions du milieu dont l'influence tient compte de l'état affectif en général et des réactions affectives spéciales de chaque sujet.

Certes, il ne faut pas sous-estimer les facteurs anatomo-physiologiques, et il faut organiser le régime et la thérapeutique en conséquence. Mais on doit bien reconnaître que leur action n'est qu'exceptionnellement prépondérante dans la guérison et que l'atmosphère humaine, le cadre social ont une action autrement importante sans laquelle les meilleures médications échouent.

Comme le rapporteur le rappelait, j'ai insisté dernièrement dans un article sur la valeur du cadre familial comme préparation à la vie sociale ; la conclusion qui en découle, c'est que des tendances anormales peuvent, en dehors de toute anomalie anatomo-physiologique, résulter de l'action pendant l'enfance d'un milieu psychologique inadéquat.

Quoi qu'il en soit, la conséquence c'est que le fait signalé par le rapporteur, concernant l'effet bienfaisant de la vie chez des nourriciers sur des désadaptés peut être provoqué par un simple changement d'orientation des tendances, à une sorte de polarisation différente des besoins ou de neutralisation de ceux-ci.

Ces phénomènes que l'anatomo-pathologie semble bien hors d'état d'expliquer seule, paraissent pouvoir être rattachés plus aisément à des modifications plutôt fonctionnelles.

Quant à savoir quels sont les éléments qui doivent rester à l'asile et quels sont ceux qui peuvent se trouver mieux d'un régime familial ; c'est là un point qui n'est pas résolu à ma connaissance ; en tout cas, on ne peut *a priori*, affirmer que les cas difficiles soient les plus justiciables de la vie en internat ; en effet, il en est — et je parle d'enfants — mais je pense bien que cela peut s'étendre aux adultes, qu'il a fallu éloigner de l'internat et placer dans une famille parce que, dans la vie collective, ces enfants étaient une cause de trouble et de danger pour les autres, et que ceux-ci, à leur tour, étaient une cause d'agitation et de réactions désagréables pour ces sujets. S'ils ne s'accommodent pas de leur propre famille surtout lorsque celle-ci comprend des petits qui ne

peuvent se défendre, ils ne s'adaptent pas, non plus, dans un internat, même à population restreinte ; par contre, ils se font parfaitement dans une autre famille, que la leur, si celle-ci se compose de membres capables de résister aux impulsions et tendances antisociales, tout en satisfaisant à leurs autres besoins effectifs et en organisant leurs occupations. Il faut rappeler à ce propos que certains débiles des milieux intellectuels et aisés montrent une prédilection à vivre, quand c'est possible, avec la domesticité ou avec les animaux et arrivent ainsi à une adaptation relative non à leur milieu familial proprement dit, mais à la partie de ce milieu qui répond mieux à leurs tendances; la conversation et les occupations des domestiques sont plus à leur portée, et ils éprouvent évidemment une certaine compensation d'amour-propre à ne pas se sentir inférieurs à eux. A l'Institut, j'ai un jeune garçon qui donne lieu à des plaintes fréquentes tant en classe qu'à la récréation, dans ses rapports avec ses condisciples et ses professeurs, qui par contre est considéré par le fermier comme un enfant gentil et zélé.

Un autre ne supporte le contact social de ses camarades et du personnel éducatif qu'en bougonnant et avec des attitudes négatives, par contre, il est excesssivement soucieux du bien-être des animaux et on peut lui confier une partie de leur surveillance et des soins à leur donner.

M. Vermeylen (de Gheel). — Je ne puis qu'appuyer les considérations développées par M. Decroly. Dans la section pour enfants anormaux de Gheel, nous avons un fort pourcentage d'enfants délinquants, qui ont souvent passé, avant de nous arriver, par plusieurs établissements fermés. Souvent ils s'y sont rendus impossibles et leur dossier s'est chargé de plus en plus au cours de leurs pérégrinations. Nous constatons pourtant que fréquemment ces enfants s'adaptent fort bien à leur milieu d'adoption. Alors qu'ils sentaient auparavant peser sur eux l'anonymat d'une organisation et d'une vie forcément artificielle, ils se reclassent parfois sans effort dans un milieu naturel, familial. A cet égard, je crois que les classifications psychiatriques valent peu dans ce domaine et que c'est l'essai empirique qui compte et doit guider notre manière de faire.

M. Sano. — Messieurs, je remercie vivement les divers orateurs qui ont bien voulu discuter mon rapport. Répondre à

M. le Dr Marie serait tomber dans des redites, et nous nous connaissons depuis si longtemps que notre accord n'est plus une surprise. Je puis en dire de même au Dr Decroly, dont j'ai cité l'article écrit en même temps que le mien. Mais M. Marie a soulevé la question des malades convalescents et de leur passage par l'assistance familiale. Je saisis cette occasion pour dire que ces malades sont bien les plus difficiles à assister que nous connaissions. Ils ne conviennent surtout pas aux colonies nouvelles. Le nourricier se trouve intéressé par la détresse d'un malade mental, qui a besoin d'aide et de commisération ; attaché ainsi à son sort par un sentiment de profonde sympathie humanitaire, il trouvera plus tard un réel désir de coopérer à sa guérison complète, si l'éventualité s'en présente. Mais le convalescent nous arrive avec des prétentions. Il annonce d'avance que cela ne durera pas. Il est peu sympathique. Certains nourriciers, qui ont déjà un malade chronique, soumis et adapté, peuvent se charger d'un second malade, ce dernier convalescent. Mais il ne faut pas recommencer ces épreuves. Cela fatigue le dévouement : d'autant plus que les convalescents sont pour la plupart des ingrats. Nous préférons pour ces cas les services d'un assistant social, élément devenu indispensable au soignage des aliénés. C'est lui qui se charge du reclassement et de la recherche d'une occupation lucrative. Les asiles font mieux d'avoir un service d'assistance sociale que de nous envoyer leurs convalescents.

A ce propos, je crois que nos confrères Suisses font une besogne de reclassement social, plutôt que d'assistance familiale. Mettre des malades isolément par-ci, par-là, dans le canton tout entier, avec un secours journalier de cinquante centimes, c'est libérer presque entièrement le convalescent. Je regrette de devoir le dire, le malade à Gheel souffre de sa collocation. L'idée de se trouver dans un milieu soumis à une surveillance constante et à proximité de beaucoup d'autres, pèse désagréablement à beaucoup de malades conscients. Nous n'avons pas encore de placements psychiatriques libres, en dehors des mineurs. Mais même avec des malades de ce genre, nous n'en serions pas encore à l'assistance dispersée, dont M. le Dr Repond nous a entretenus et qui nous intéresse fort.

M. Repond nous parle des schizophrènes, comme étant des malades de choix pour l'adaptation familiale. Je suis de son

avis, tout en faisant remarquer que certains schizophrènes restent impulsifs et intraitables toute leur vie durant. Il y a donc là un déchet, comme dans les autres affections mentales.

Si j'ai émis des appréhensions quant aux tendances du Dr Vervaeck, je n'ai nullement songé à critiquer l'œuvre d'assainissement admirable qu'il a entreprise dans les prisons, et je crois que nous devons nous réjouir tous de voir qu'un médecin d'un si grand talent ait acquis une influence prépondérante dans des milieux aussi peu pénétrables en général.

Mais je trouverais désastreux qu'on vînt prendre de nos malades d'asiles ou de colonies, pour peupler les prisons ou les dépôts de mendicité, sous des prétextes divers et particulièrement parce qu'il y a là des places disponibles.

Et quant à dire que nous ne recevons pas de malades du genre de ceux qu'on emprisonne, je crois qu'il y a erreur. Permettez-moi de vous lire une lettre envoyée par un bourgmestre au gouverneur du Brabant.

« Nous nous trouvons dans l'obligation de vous signaler un fait qui se reproduit assez fréquemment et sur lequel nous prenons la respectueuse liberté d'attirer votre attention.

« A la suite d'une tentative de meurtre accomplie le 29 courant sur ses frère et sœur par un nommé X... de notre commune, nous avons fait procéder d'urgence à l'arrestation de ce dernier et à sa collocation à l'asile d'aliénés de Gheel, sur le conseil exprès du médecin requis. Faute de pouvoir effectuer le voyage ce jour-là encore par chemin de fer, un loueur d'autos conduisit le fou à l'asile susnommé.

« Le certificat ci-joint atteste que cette collocation était urgente. Or, le directeur de l'asile de Gheel, non seulement s'opposait à l'admettre en son établissement, prétextant qu'il était « dangereux », mais refusa absolument de rembourser les frais du voyage, lesquels s'élèvent à 210 francs (voir note ci-jointe).

« Les mêmes difficultés entre ces sortes d'asiles et les administrations communales se reproduisent chaque fois qu'il s'agit de faire interner un aliéné indigent.

« Invariablement les directeurs répondent à nos télégrammes « pas de places ». Il nous est arrivé tout récemment de nous adresser à 5 établissements avant d'obtenir satisfaction. »

Ce malade voulait tuer son frère et sa sœur, donc il devait aller à Gheel ; c'était de toute évidence. Mais vous ne vous

doutez pas de l'erreur profonde où versait cet excellent mayeur. Son malade, nous l'avions admis ! Il nous l'avait d'ailleurs envoyé sans attendre notre opinion. Nous avions reconnu un ancien client. Cet homme n'était nullement dangereux pour autrui ; il n'était dangereux que pour les siens : ou plutôt *les siens étaient dangereux pour lui.* Et cela est souvent le cas. Au lieu du cadre pénitentiaire, nous lui avons donné un cadre de verdure. Il s'en trouve fort bien. M. Vermeylen vient de nous citer une série de mineurs dangereux, ou qui l'ont été, et je pourrais y ajouter autant d'adultes. Aussi suis-je porté à répondre au Dr Vervaeck ce que Pinel disait au Conventionnel : « Citoyen Vervaeck, il m'est avis que beaucoup de vos malades ne sont si dangereux, que parce que vous les tenez enfermés. »

Mais je suis de l'avis du Dr Vervaeck, quand il réserve ses barreaux à ceux qui ont commis « des attentats répétés et graves », Et nous connaissons l'œuvre admirable de M. le Dr Colin, réalisée à Villejuif.

Ce que nous combattons, c'est l'extension abusive de la réclusion préventive. C'est pourquoi j'ai cité, non sans horreur, l'affirmation exagérée de M. le Prof. Crocq. C'est mettre nos malades hors du droit commun que de les condamner indéfiniment à l'asile fermé, alors qu'on n'a que des soupçons vaguements établis. Il y a quelque chose de révoltant dans la généralisation de ces soupçons. Ceci ne diminue en rien, évidemment, notre estime pour les très grands mérites de M. le Prof. Crocq, qui a obtenu le premier service ouvert pour malades mentaux, comme jadis il a ouvert le premier service hospitalier de neurologie, en Belgique.

J'en arrive maintenant aux observations fort intéressantes de M. Courbon, et je le remercie vivement de s'être attaché dans ses remarques à l'objet principal de la discussion, l'adaptation du malade mental à son milieu. Les considérations qu'il émet font directement suite aux dernières pages de mon rapport; elles pourront très utilement y être adjointes. Si je ne me suis pas risqué sur le terrain où il voudrait m'entraîner, c'est que j'avais des raisons fort sérieuses. M. le secrétaire permanent m'avait demandé de rédiger un programme ; je devais ouvrir les voies à la discussion ; si possible, j'examinerais les faits d'un point de vue nouveau. Chaque chapitre se terminerait par un point d'interrogation. C'est tout le contraire

que vient de réaliser M. Courbon. Il nous présente des conclusions et des définitions. Or, pour conclure, il faut rassembler en une ligne le fruit de beaucoup de labeur et de patientes observations. Pour définir, il faut trouver le mot précis qui cristallise tout un monde d'idées. Et cela, je ne le sais pas.

Je n'en suis que plus heureux de son intervention. Il me demande en outre à quels symptômes on peut reconnaître qu'un malade réussira à s'adapter et s'il est possible de distinguer entre un processus, qui n'est qu'un mode de pitoyable chronicité, et une adaptation, qui signifie presque une heureuse guérison. Cette dernière et subtile distinction dépendra beaucoup d'appréciations personnelles. Quant à la première question, je crois y avoir répondu. J'estime impossible de juger des dispositions d'un malade, tant qu'il est enfermé dans le milieu artificiel de l'asile. Il faut en juger par l'essai en colonie. Je pense que là où les meilleurs psychiatres n'arrivent qu'à nous envoyer un pourcentage d'adaptables, pratiquement égal à celui des placements au hasard, la preuve est faite combien il est difficile de juger d'avance de l'adaptabilité d'un malade. Nous devrons donc continuer à étudier le problème. Et ceci démontre, je suis le premier à le reconnaître, que dans les questions d'assistance, et, partant dans mon rapport, il y a encore toujours trop d'empirisme et, hélas, trop peu de science.

« *Addendum* » *à la discussion :* Le Dr SANO a ajouté à la discussion les paroles suivantes, présentées sous forme de motion d'ordre à la séance tenue le 7 août au sanatorium du Beau-Vallon, à St-Servais :

« Je saisis cette occasion pour joindre aux félicitations de M. le Président l'expression de toute mon admiration pour les méthodes exemplaires et les moyens heureux que nous voyons en usage dans cet admirable établissement. M. le Dr Van der Scheer m'a demandé, à l'occasion de mon rapport, si je n'avais pas été influencé par des considérations locales en employant à la fin de mon travail des comparaisons un peu excessives. Il les considérait comme injustifiées pour les asiles de son pays.

« Je m'avoue doublement coupable. J'ai eu tort d'avoir usé de termes intempestifs. Cela nous a été prouvé une fois de plus aujourd'hui.

« Mais je tiens à saluer tout particulièrement en le D^r^ van

der Scheer, le successeur d'un des membres les plus actifs de nos congrès nationaux et internationaux, le D^r^ van Deventer. Beaucoup d'entre vous se souviennent du secours puissant qu'il nous a toujours prêté, quand il fallut conquérir de nouveaux progrès. Or il y a lieu de faire remarquer que le D^r^ van der Scheer, grâce aux dispositions qui existent dans son pays, a obtenu de pouvoir soigner à cet asile de Meerenberg, qu'illustra van Deventer, la moitié de ses malades sans devoir les colloquer. Il y a plus, les Communes hollandaises envoient même leurs malades à la colonie de Gheel, quand le médecin le juge utile. Il y a là des facilités de traitement et une largeur de vues que nous devons admirer, et nous devons féliciter nos confrères hollandais de les avoir obtenues. »

COMMUNICATIONS

I. COMMUNICATIONS CONÇERNANT L'APHASIE ET LES TROUBLES DU LANGAGE

L'Epreuve de Lichtheim-Déjerine et la prétendue intégrité du souvenir des mots dans l'aphasie motrice pure dite anarthrie

Par MM. J. FROMENT et SÉDALLIAN (de Lyon)

L'aphasique moteur pur peut indiquer à la muette le nombre de lettres ou de syllabes du mot qu'il est incapable de prononcer, mais qu'il peut encore écrire. La possibilité, d'une part, de passer avec succès cette épreuve imaginée par Proust et codifiée par Lichtheim et par Déjerine, la conservation, d'autre part, de la possibilité d'écrire sont considérés à tort comme des témoignages irrécusables de l'intégrité en pareil cas, de la notion du mot et du langage intérieur.

Or, cette question est de première importance. En effet, le concept classique de l'aphasie motrice pure, aphasie motrice avec intégrité de la notion du mot et du langage intérieur comporte une contradiction dans les termes. Comment peut-on concevoir une aphasie, c'est-à-dire, d'après la définition même qui en est donnée, une amnésie verbale avec intégrité du souvenir des mots ? Si dans le dit syndrome la notion des mots était vraiment indemne, la seule opération que l'on pourrait incriminer serait l'acte articulaire lui-même. Il ne s'agirait plus alors d'une aphasie, mais d'un trouble du mécanisme articulaire, d'une anarthrie, ainsi que le prétendent P. Marie et son école. Toutefois la démonstration de cette intégrité du souvenir des mots dans l'aphasie motrice pure, de même que la démonstration des troubles supposés de la coordination articulaire restent à faire.

Quelle est la signification exacte du test de Proust-Lichtheim-Déjerine ?

Au moment où le nom propre qu'il cherche demeure insaisissable, l'homme normal se bute presque toujours à un autre nom qui se présente aux lieu et place du nom voulu, s'offre avec insistance. Entre celui-ci et l'autre, il y a d'ailleurs une certaine parenté de rythme et de structure. Aussi en comptant les syllabes et les lettres de ce « sosie » qui nous obsède, tombons-nous presque toujours (ainsi qu'il est loisible de le vérifier quelques instants plus tard) sur le nombre même des syllabes du mot cherché et assez souvent encore sur celui des lettres qui entrent dans sa composition ou sur un chiffre extrêmement voisin. N'est-ce pas la preuve que l'on peut souvent indiquer exactement le nombre des syllabes ou des lettres d'un mot, au moment même où la notion de ce mot échappe à notre mémoire ? Pourquoi ne retrouverait-on pas dans l'amnésie verbale de certains aphasiques une particularité aussi couramment observée dans l'amnésie verbale de l'homme normal ? Et d'ailleurs l'épreuve de Proust peut réussir dans une aphasie motrice qui, en se compliquant d'agraphie, implique à n'en pas douter un degré plus ou moins marqué d'altération de la mémoire des mots. Il en était ainsi chez un aphasique moteur qui présentait une paraphasie en écrivant, des plus marquées, trouble excluant une intégrité du langage intérieur (Froment et P. Mazel). Nous avons vu encore l'épreuve réussir dans l'aphasie motrice type Broca proprement dite, en voie de régression, au moment même où le malade, incapable d'écrire comme de prononcer le mot incriminé, montrait bien qu'il n'en avait nullement conservé la notion et le souvenir indemnes.

Pour comprendre cet apparent paradoxe, il faut se rappeler que la notion complète du mot chez l'homme lettré implique deux catégories de souvenirs : le souvenir des groupements de sons fondamentaux ou phonèmes qui caractérisent le mot (image auditive ou leit-motiv verbal) et le souvenir de la succession des lettres, des combinaisons de signes graphiques qui le constituent (image visuelle ou hiéroglyphe verbal). Ajoutons que contrairement à des données classiques manifestement erronées, la mémoire motrice articulaire et la mémoire motrice graphique, mémoires inconscientes et, pourrait-on dire, organiques, ne sont pour rien dans la notion du mot.

L'aphasique moteur, tout comme l'homme normal, en comptant les lettres et les syllabes muettes, simples conven-

tions orthographiques que ne reflète pas la prononciation et dont l'oreille ignore jusqu'à l'existence, témoigne que pour passer l'épreuve de Lichtheim-Déjerine, il met surtout, sinon exclusivement, à contribution son souvenir visuel verbal. Et en fait, c'est de celui-ci seul dont le test permet d'affirmer l'intégrité. Ce test ne nous permet nullement de conclure que l'aphasique entend aussi distinctement dans sa tête le mot qu'il l'y voit. Or, l'évocation de l'image auditive du leit-motiv verbal, la représentation de la succession des sons qui constituent les mots, est la condition *sine qua non*, les *primum movens* de la parole.

De quel droit affirme-t-on l'intégrité chez l'aphasique moteur pur de cet élément de la notion du mot, qui, pour la parole, est l'élément fondamental, la pierre angulaire ? L'amnésie verbale peut frapper inégalement les deux constituantes de la notion du mot. Un de nos aphasiques moteurs type Broca nous en apportait lui-même la preuve. On l'entendait émettre « *par-plu-plu-plu* » au moment où il comptait d'ailleurs exactement les syllabes du mot parapluie. Aussitôt après, sur notre demande, il l'écrivait correctement et sans difficulté, mais tant que l'on ne vint pas à son secours en lui soufflant la prononciation exacte, il s'acharnait à le prononcer « charaplé, charapli ». Il en était de même pour pantalon qu'il orthographiait bien et prononçait « cotelon », tant qu'on ne venait pas à son secours. Il suffisait d'ailleurs pour cela de le faire entendre, sans d'ailleurs lui montrer le jeu des lèvres qu'impliquait la prononciation du mot, sans lui donner aucune indication articulaire. N'est-ce pas la preuve qu'il voyait bien dans sa tête le mot, mais l'entendait mal ?

Il y a toutes raisons d'admettre qu'il y a de même dans l'aphasie motrice pure, non pas intégrité du souvenir des mots, mais *amnésie verbale partielle et dissociée*. Le malade a récupéré ou beaucoup plus rarement n'a pas perdu la possibilité d'évoquer l'aspect visuel du mot, l'hiéroglyphe verbal, c'est ce qui lui permet d'écrire le mot, de même que d'en compter les syllabes et les lettres sans difficulté. Mais s'il voit le mot dans sa tête, il ne parvient pas à en évoquer la résonnance, à entendre dans sa tête le leit-motiv verbal et c'est pourquoi il ne peut le prononcer. L'aphasie motrice pure est donc bien une aphasie et non une anarthrie ; tous les intermédiaires existent d'ailleurs entre l'aphasie motrice type Broca et l'aphasie motrice pure.

Le test des mots d'épreuve autorise-t-il un diagnostic de dysarthrie

Par MM. J. Froment et P. Ravault (de Lyon)

Lorsqu'on cherche à faire la preuve d'une dysarthrie, on se borne généralement à instituer une épreuve que l'on croit décisive : on invite le malade à prononcer les expressions suivantes que bredouille le paralytique général : « Artilleur d'artillerie », « Polytechnicien de Polytechnique », « Anticonstitutionnellement », etc... C'est ainsi que Ch. Foix (1), voulant établir que l'aphasie motrice est une anarthrie, fait état de l'argument suivant : « Même aux sujets suffisamment améliorés pour avoir recouvré la presque intégrité de leur parole, écrit-il (en parlant des aphasiques moteurs dénommés anarthriques), il suffit de proposer les tests classiques des paralytiques généraux : artilleur d'artillerie, constitutionnellement, pour les voir présenter une dysarthrie très marquée, au moins égale à celle de la paralysie générale, bien que très différente dans son aspect. »

Mais est-il bien légitime de prendre ainsi pour type de dysarthrie les troubles de la parole du *paralytique général ?* L'altération de la prononciation observée dans ce dernier cas est en effet des plus complexes et les perturbations les plus frappantes ne sont nullement d'ordre articulaire. Le seul *élément dysarthrique* avéré est, en pareil cas, le caractère trémulant de l'articulation, conséquence du labiospasme ; il n'est guère plus marqué d'ailleurs dans la prononciation des mots d'épreuve que dans la parole courante et il varie souvent d'un instant à l'autre.

Ce que l'on remarque surtout dans ledit test, c'est l'altération de la physionomie des mots par omission, interpolation, répétition ou confusion de syllabes, c'est en somme un *trouble de*

---

(1) Ch. Foix. — Anarthrie (aphasie motrice pure) in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée,* t. V, p. 49.

la mémoire verbale. Ainsi le malade dira « Policien de Politique » au lieu de « Polytechnicien de Polytechnique ». Il dira encore « Antitutionnellement » au lieu de « Anticonstitutionnellement » et d'un instant à l'autre pour la même locution et le même malade, on assistera à des transformations plus ou moins fantaisistes de l'architecture syllabique du mot. Ces remaniements témoignent uniquement de l'impossibilité pour le malade de retenir et de reconstituer exactement, dans sa pensée, la silhouette d'un mot peu usuel. Chacun sait d'ailleurs que la recherche réitérée du test classique a pour conséquence d'améliorer notablement la prononciation des mots d'épreuve, qui deviennent ainsi plus familiers.

Modifiant quelque peu l'épreuve classique afin d'en bien préciser le sens, prions le malade de lire puis d'écrire sous dictée les mots incriminés au lieu de les répéter. Que constatons-nous ? Dans la *lecture* — surtout si nous avons pris soin d'isoler par des tirets chaque syllabe pour les mettre bien en évidence et rappeler, pourrait-on dire, à chaque instant le prévenu à l'ordre —, la prononciation est bien meilleure que dans la parole répétée.

Dans *l'écriture sous dictée,* par contre, nous relevons des *lapsus calami* en tous points comparables aux *lapsus linguæ* et nous sommes dès lors tout naturellement conduits à penser que *lapsus linguæ* et *lapsus calami* ne sont, en somme, que *lapsus memoriæ* ou *lapsus cerebri.* En effet, dès que l'on ne dicte plus les mots syllabe par syllabe, dès que l'on ne répète plus à plusieurs reprises chaque syllabe avant de passer à l'autre, — même aux premiers stades de la P. G., et s'il s'agit ainsi que dans l'exemple que nous prenons d'un homme cultivé qui fit fonction d'ingénieur — on voit le paralytique général écrire successivement aux lieu et place d'anticonstitutionnellement : « anticontitunellement, anticonstionellement, anticonseillement, anticonstitulionement ». Comment un homme qui retient aussi mal la physionomie d'un mot, parviendrait-il à le prononcer correctement. Les erreurs commises en écrivant sont d'ailleurs, en tous points, comparables à celles commises en parlant (télescopage, omission, répétition, substitution ou inversion de syllabes) ; elles relèvent manifestement les unes comme les autres de troubles de la mémoire verbale et de l'attention.

A la phase initiale de la maladie, en scandant le mot pour mieux en contrôler chaque syllabe, pour éviter à force d'attention toute confusion, toute inadvertance ou toute erreur, le

paralytique général peut parfois encore prononcer le mot et l'écrire correctement. Mais dès qu'il se presse, dès que son attention se fatigue, il ne retrouve plus dans son esprit les différents groupes phonétiques qui constituent le mot proposé, il ne parvient à prononcer comme à écrire que des à-peu-près. C'est ce trouble de l'évocation verbale ou du contrôle de l'évocation verbale qui mettent en évidence la répétition tout comme la dictée des mots d'épreuve.

On le voit, *l'altération de la prononciation* des dits mots que l'on constate *dans la paralysie générale est beaucoup plus sous la dépendance des troubles de la mémoire verbale et de l'attention que des troubles du mécanisme articulaire.*

Pour se rendre compte de la signification exacte du test et juger si oui ou non il mérite d'être pris pour barème des troubles du mécanisme articulaire, il faut examiner comment se comportent à son égard les dysarthries proprement dites.

Dans les *dysarthries* pures, qu'il s'agisse de paralysie labio-glosso-laryngée, de paralysie pseudo-bulbaire, de sclérose en plaques, de syndromes cérébelleux, on ne voit rien de comparable à ce qui se passe chez le paralytique général. C'est tout au plus si certains éléments deviennent parfois un peu indistincts, si, pourrait-on dire, l'effigie du mot a quelque peu perdu son relief. Mais tous les éléments du mot sont à leur place et demeurent inchangés. Ici, en somme, *l'épreuve ne met nullement mieux en évidence que la parole courante le trouble dysarthrique.* Bien au contraire, les mots d'articulation prétendue difficile, pris comme tests, sont généralement plus distinctement émis que les mots usuels prononcés dans la parole courante. Ce paradoxe apparent s'explique fort bien d'ailleurs. Dans le test, en effet, le dysarthrique s'appliquant à une articulation appuyée ; aussi, quelque déficiente que soit la machine articulaire, la frappe, pourrait-on dire, reste relativement bonne. Dans la parole courante, obéissant à la loi du moindre effort, les mouvements articulaires ne sont souvent au contraire qu'esquissés. On conçoit dès lors que ces mouvements délicats et ténus soient plus susceptibles que tous autres de déceler les imperfections et les défaillances du mécanisme en cause.

Ainsi dans les dysarthries pures, dans les dysarthries avérées, on ne constate rien d'analogue à ce qui se passe chez le paralytique général, dont la dysarthrie encore une fois se complique de troubles de la mémoire verbale et de l'attention.

Envisageons maintenant le cas de l'*aphasique moteur.* Il va sans dire que seul pourra se prêter à un tel examen celui dont les troubles sont légers, qu'il s'agisse d'aphasie résiduelle ou d'aphasie progressive par tumeur cérébrale à la phase initiale ; car l'aphasique moteur dont les troubles sont marqués n'est pas plus capable de répéter un mot que de le prononcer spontanément. *L'altération des mots d'épreuve observée chez le petit aphasique moteur rappelle celle que l'on constate chez le paralytique général.* Ici encore, c'est par omission, confusion ou substitution de syllabes que le mot est altéré. La prononciation n'est même ici altérée que de cette manière, si l'on excepte un certain degré d'hésitation plus ou moins marqué selon les cas.

Mais *hésitations* ou *remaniements syllabiques* ne sauraient mettre en cause une perturbation du mécanisme articulaire. Les uns comme les autres *ne relèvent en somme que de la mémoire verbale et de l'attention,* on parvient d'ailleurs souvent à les atténuer, voire même à les faire momentanément disparaître en faisant résonner distinctement à l'oreille du malade chacune des syllabes composantes que l'on isole quelque peu, pour mieux les individualiser.

Bien loin d'autoriser une assimilation, voire même un simple rapprochement, entre aphasique moteur et dysarthrique, de légitimer le concept de l'anarthrie, *le test des mots d'épreuve, établit entre l'aphasie motrice et la dysarthrie pure* (non compliquée de troubles de la mémoire verbale) *une démarcation* bien tranchée.

L'étude que nous venons d'esquisser sur la valeur du test classique, devait être complétée par une enquête sur les *mots utilisés,* à cet effet, *dans les différentes langues,* afin de déterminer à quelles particularités communes ils devaient le redoutable privilège de servir à mettre en évidence les troubles de l'élocution de nature éminemment complexe du paralytique général. Voici les renseignements que nous avons pu recueillir à cet égard :

Anglais : « Third riding Artillery Brigade », « Round the rugged roch the ragged rascal ran ».

Allemand : « Dritte rittende artillerie brigade », « Domodossola ».

Hollandais : « Derde rydende artillerie brigade » ; « Sol-

daten teuten teutoonstelling » ; « de kippen pikken kippevoer ».

Portugais : « Trinta e tres artilheros de artilheria », « Unna brilhante brigada de artilheros de artilheria ».

Espagnol : « Tres mil tres cientos treinta y tres » (3333), « Terier rigimento de artilheria ».

Italien : « Quarta brigata di artiglieria », « Trecentotrentatre » (333).

Danois : « Dritte ritende artilleribrigade », « Electricites commissionen ».

Serbe : « Prestolonasledniko witza » (régente), « Na vrh brda, vrbra, mrda » (au sommet de la montagne un saule bouge).

Russe : « Vuissokoprevossroditielneillechi » (son altesse).

Arabe: « Tsazalzala tsazalzoulan » (tremblement de terre).

Grec : « Antisintagmaticos ».

Polonais : « Czwarta kawaleryjska brygada artyleryi ».

Il s'agit toujours, on le voit, d'expressions peu usuelles, de *mots* ou *de locutions longs et compliqués difficiles à retenir.* On retrouve en outre dans la plupart de ces mots, ou de ces locutions, *une succession de syllabes presque semblables, de sonorité voisine, diversement groupées*, et que l'on peut aisément confondre.

Ne voit-on pas que c'est pour cette raison déjà que l'homme normal lui-même a de la peine à prononcer : « chasseur, sachez chasser sans chien », « ton thé, t'a-t-il ôté ta toux ». Qui n'a pas joué dans son enfance à répéter rapidement ces phrases rituelles ? Qui ne s'est pas exposé et ne s'expose encore en le faisant à d'inévitables achoppements, dont on doit rendre responsable la presque similitude de ces syllabes ou groupes de phonèmes dont se composent ces locutions. Ils ont presque même résonnance, et c'est pourquoi on les évoque et que par suite l'on prononce si facilement l'un à la place de l'autre, dès que l'on va vite, que l'on ne scande pas et que l'effort d'attention s'épuise au cours des répétitions réitérées.

En résumé, le *test des mots d'épreuve n'est pas qualifié pour établir la réalité d'une dysarthrie.*

Si l'on prétendait continuer à l'utiliser comme critère pour départager les troubles du mécanisme articulaire et de la mémoire verbale, il faudrait, quelque paradoxal que cela

puisse paraître, s'en servir pour dépister, non pas les troubles du mécanisme articulaire, mais bien ceux de la mémoire verbale.

On ne saurait, en aucun cas, tirer argument de cette épreuve pour démontrer l'existence, chez l'aphasique moteur type Broca et chez l'aphasique moteur pur, d'un trouble de la coordination articulaire dénommé anarthrie.

Sans doute on peut continuer à y recourir, lorsqu'il s'agit de faire le diagnostic d'une paralysie générale, mais il faut chercher dans les troubles de l'élocution constatés à faire exactement la part de ce qui, à proprement parler, revient aux troubles du mécanisme articulaire et de ce qui, au contraire, incombe aux troubles de la mémoire verbale.

On ne doit jamais oublier enfin que l'*aptitude à déformer les mots, est commune à la paralysie générale et à l'aphasie motrice.* Voici un syphilitique avéré, dès qu'il bredouille les mots d'épreuve, on risque sur la foi de ce test de le prendre pour un syphilitique général, alors même qu'il s'agit de simples troubles résiduels d'une aphasie motrice. Nous avons dû, pour notre part, rectifier une telle erreur de diagnostic, susceptible d'avoir des conséquences sociales fort graves, et faire, en rééduquant le malade, la preuve que le bredouillement susmentionné n'était bien que le témoin d'une amnésie verbale en voie de rétrocession.

Il n'était pas, on le voit, sans intérêt théorique, comme sans intérêt pratique, de préciser la signification exacte du test des mots d'épreuve.

Caractères distinctifs et formules phonétiques des dysarthries, des dysphasies et des aphasies motrices

Par MM. J. Froment et P. Ravault (de Lyon)

On se fonde généralement pour conclure à une dysarthrie sur une simple impression ou ce qui ne vaut guère mieux sur le test des mots d'épreuve. On oublie que toute prononciation défectueuse, tout bredouillement, fussent-ils sous la dépendance d'un trouble de la mémoire verbale, en imposent pour une perturbation du mécanisme articulaire. Altérons-nous par distraction en le prononçant, la physionomie d'un mot, en prononçons nous, même, un autre à sa place ; nous parlons de *lapsus linguæ,* alors que manifestement ce n'est pas notre langue, mais notre mémoire verbale, c'est-à-dire, en l'espèce, notre mémoire des sons qui est en défaut. Pour éviter toute confusion entre les troubles de la mémoire verbale et les troubles du mécanisme articulaire, il faut un *critère objectif ;* seule la détermination de la *formule phonétique* du trouble de la parole considérée nous permet de l'établir.

On sait que le langage articulé si riche et si varié qu'il puisse paraître se ramène, pour le français, à l'articulation des 44 sons élémentaires ou phonèmes dont voici la liste : *a* moyen (tact) ; *a* appuyé (pâte) ; *a* chantant (char) ; *e* moyen (bec) ; *é* (blés) ; *è* (cher) ; *o* moyen (coq) ; *o* appuyé (tôle) ; *o* chantant (or) ; *oe* moyen (peuple) ; *oe* appuyé (bleu) ; *oe* chantant (peur) ; *e* muet (premier) ; *i* moyen (fil) ; *i* appuyé (lis) ; *ou* moyen (bouc) ; *ou* appuyé (four) ; *u* moyen (duc) ; *u* appuyé (dur) ; *an* (chant) ; *in* (vin) ; *on* (bon) ; *un* (un) ; *y* (fille) ; *w* (oui) ; *ü* (puis) ; *wa* (boîte) ; *r* ; *l* ; *f* ; *v* ; *s* ; *z* ; *ch* (ou sh ou sch) ; *j ; p ; b ; t ; d ; k ; g* (gale) ; *m ; n ; ñ* (agneau).

Si le nombre des sons élémentaires est assez réduit, leurs combinaisons sont, par contre, en nombre à peu près illimité. Un paysan anglais, à en croire Max Muller, n'utiliserait guère

que 300 mots, mais on compte dans Schakespeare de 15.000 à 25.000 mots, 9.000 mots dans Homère et l'on peut admettre qu'un homme de culture moyenne a un vocabulaire de près de 10.000 mots. On peut assez exactement comparer ces mots à des leit-motiv qui pour être bien exécutés impliquent deux choses : 1° l'intégrité du clavier articulaire et de ses 44 notes; 2e le souvenir des phrases musicales. Le leit-motiv a-t-il été altéré dans son exécution, il reste à déterminer si la faute en est à l'instrument, c'est-à-dire, au mécanisme articulaire ou à l'instrumentiste, c'est-à-dire à la mémoire verbale.

Essayons donc de déterminer quels sont les caractères distinctifs et la formule phonétique respective des dysarthries, des dysphasies et des aphasies motrices.

Dysarthries. — Tous les mots sont prononcés ; il n'y a jamais interpolation, omission, confusion ou répétition de syllabes, en dehors de la P. G. qui n'est pas une dysarthrie n'est pas pure. L'architecture du mot n'est pas bouleversée, la prononciation de celui-ci est seulement plus ou moins indistincte, en partie ou en totalité.

Le trouble de la parole se ramène à l'émission défectueuse de tels ou tels phonèmes. Les phonèmes altérés peuvent généralement encore être prononcés, ils sont seulement plus ou moins indistincts. L'altération n'en est pas nécessairement constante, mais répond à une certaine constance. C'est ainsi que dans la paralysie de la langue, qu'il s'agisse de paralysie double de l'hypoglosse ou de paralysie glosso-labio-laryngée, la prononciation de l'*l* paraît plus défectueuse lorsqu'il accompagne des voyelles palatales avancées *i*, *é*, que des voyelles vélaires telles que *o*, *ou*. D'une manière générale, les groupements de phonèmes dont l'émission implique des mouvements plus délicats et plus ténus, nous ont paru plus fragiles. Les troubles s'atténuent dans la parole lente, l'articulation appliquée et appuyée, s'accentuent au contraire dans la parole rapide ; c'est qu'alors obéissant à la loi du moindre effort, les mouvements articulaires simplement esquissés, décèlent mieux leurs imperfections. Pour les mêmes raisons, les phonèmes incriminés sont d'autant plus fréquemment altérés qu'ils sont situés dans la tranche débile du mot ou de la phrase. Il y a donc bien là une constante relative, plus ou moins facile à dégager, et qui trouve sa raison d'être dans les données et les lois de la phonétique.

Dysphasies. — Si le bègue achoppe encore sur tel ou tel phonème, le plus souvent une occlusive, parfois encore une fricative et une vibrante, plus rarement une voyelle, la nature et les conditions de l'achoppement diffèrent de ceux qui caractérisent les dysarthries. Ici l'acte articulaire subit une exagération caricaturale. S'agit-il d'une occlusive, le bègue retarde l'explosion, prolonge l'occlusion, normalement très courte (10/100e de seconde), l'intensifie au point qu'il la transforme en occlusion d'effort. S'agit-il d'une fricative, consonne réalisée par un rétrécissement simple du canal vocal, la stagnation sur un tel son provoque un véritable gaspillage d'air. Le bègue décompose, détache artificiellement la consonne de la voyelle qui l'accompagne, stagne sur elle, ne peut pas en décoller, puis une fois lancé, articule tous les sons, sans en excepter ceux-mêmes qui avaient semblé momentanément des obstacles infranchissables. C'est à peu près exclusivement lorsque les phonèmes visés se trouvent en tête du mot ou de la phrase et bien en vue que le trouble de la prononciation apparaît. Altération ou intégrité desdits phonèmes sont phonétiquement paradoxales, un spasme de nature organique du type strié ou névropathique (phobie de certains sons) vient ici s'opposer de manière intermittente au fonctionnement par ailleurs normal du mécanisme articulaire.

Aphasie dite motrice. — Les troubles de la parole affectent exactement les mêmes caractères dans l'aphasie motrice type Broca et dans l'aphasie motrice pure dite anarthrie. Ce sont les suivants. La prononciation d'un grand nombre de mots est impossible ; ceux qui sont prononcés ont souvent une architecture syllabique profondément remaniée et parfois bouleversée.

La prononciation d'un certain nombre des phonèmes paraît également impossible. Mais, pour peu que l'on en fasse le *pointage méthodique* après inventaire de tous les mots et locutions qui ont été prononcés avant toute rééducation, on s'aperçoit que cette impression est inexacte. Même dans des aphasies motrices très marquées, avec réduction considérable du vocabulaire, on retrouve souvent la *totalité des procédés articulaires* (Froment et O. Monod).

Les mêmes phonèmes, correctement prononcés dans un mot ou une série de mots, débités rapidement, ne peuvent plus être prononcés dans un autre mot, ni même a

l'état isolé, lentement et posément. Le malade dira bonjour et ne dira pas bonbon ; il dira chapeau et ne dira pas chat ; tout se passe en somme, ici, comme si la difficulté n'était qu'apparemment articulaire et obéissait aux lois de la mémoire des sons et non à celles de la phonétique. Car tout ici, au point de vue de la phonétique, est paradoxal.

⁂

Ainsi donc les caractères de troubles de la parole observés dans les aphasies motrices (cette remarque s'applique tout aussi bien à l'aphasie motrice pure, dite anarthrie, qu'à l'aphasie type Broca) ne les apparentent pas aux dysarthries. La formule phonétique des aphasies motrices est phonétiquement aussi paradoxale que celle des dysarthries est logique.

Bien loin de légitimer l'hypothèse qui ramène l'impossibilité de parler de l'aphasique moteur à un trouble de la coordination articulaire dite anarthrie, elle la contredit. Bien plus, elle oblige encore à rejeter l'hypothèse classique de l'oubli des procédés articulaires. Elle innocente, pourrait-on dire, de toutes manières, la motricité articulaire, qui n'est alors qu'indirectement perturbée par trouble de la mémoire des mots, c'est-à-dire, en l'espèce, par troubles de l'évocation des groupes sonores qui les caractérisent.

Seul l'établissement des formules phonétiques des divers troubles du langage peut donner à l'étude de ces troubles les bases objectives qui lui ont fait jusqu'ici défaut.

Discussion :

M. Anglade (de Bordeaux). — Je ne pense pas, comme M. Froment, qu'une erreur de diagnostic se puisse commettre consistant à prendre un aphasique moteur vrai pour un paralytique général. Tout au plus l'aphasie pourrait-elle faire méconnaître une paralysie générale à crises apoplectiformes.

M. Brissot (de Rouffach). — Le Dr Brissot intervient pour dire qu'il existe des cas de paralysie générale qui se manifestent, au début, par des symptômes d'aphasie et surtout d'apha-

sie motrice. Le processus de méningo-encéphalite peut ainsi se localiser d'une façon très précoce sur tel ou tel centre du langage, ainsi que l'ont montré MM. Sérieux et Mignot. De sorte qu'il est possible, dans ces conditions, même pour un clinicien expérimenté, de faire une erreur de diagnostic et de prendre un paralytique général pour un aphasique. C'est peut-être ce qui est arrivé dans le cas signalé par M. Froment, où le malade, étiqueté tout d'abord paralytique général, a été considéré ensuite comme aphasique.

M. Donaggio (de Modène). — Dans le terrain des recherches sur le système nerveux, si obscur que, par exemple, nous devons avouer que jusqu'à présent nous ne connaissons pas encore d'une façon satisfaisante un élément fondamental et essentiel, c'est-à-dire la structure normale, nous ne pouvons pas affirmer l'importance exclusive de telle ou telle méthode de recherche, mais nous sommes obligés plus que jamais à reconnaître, avec un esprit éclectique, l'importance de toutes les méthodes, de toute recherche dans toutes les directions, de la recherche anatomique à la recherche psychologique.

M. Froment (de Lyon). — Pourquoi veut-on absolument me faire dire qu'il faut remplacer les recherches anatomo-pathologiques par de simples études cliniques phonétiques et psychologiques. Jamais je ne l'ai pensé, et je l'ai encore moins écrit. Il n'est pas une seule phrase de mon exposé, tant oral qu'écrit, qui le laisse entendre.

J'ai voulu simplement mettre les anatomo-pathologistes en garde contre des suppositions psycho-physiologiques toutes gratuites, non fondées sur des examens imbus des principes d'une véritable méthode d'observation objective et expérimentale. J'ai demandé avec insistance que l'on recoure à l'analyse phonétique et à ses procédés d'investigation. J'ai dit que sans des observations cliniques mieux prises que par le passé, on ne pourrait des faits les mieux étudiés au point de vue anatomique tirer aucune conclusion inattaquable. J'ai rappelé que la méthode anatomo-clinique était à la fois anatomique et clinique et appelait dans l'une et l'autre de ces parties tous les perfectionnements possibles.

J'ajoute que, pour ne pas en avoir prononcé le nom, aucun

des auteurs qui se sont occupés de l'aphasie, sans en excepter même mes contradicteurs, ne se sont privés de faire des hypothèses psycho-physiologiques. Ils en faisaient mais les camouflaient, pourrait-on dire, en donnant à ces postulats psycho-physiologiques les apparences de déductions anatomiques.

Ce sont ces empiètements qu'il faut à tout prix éviter à l'avenir, en cherchant à toujours reconnaître et bien spécifier ce qui est : données d'observations proprement dites, postulats ou interprétations.

Un cas d'aphasie de Wernicke et un cas d'aphasie motrice, tous deux suivis d'autopsie

Par le Dr Rodolphe LEY
Chef des travaux d'anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine de Bruxelles

Après l'exposé du remarquable rapport de M. Froment et la discussion hautement intéressante qui lui a fait suite, il peut vous paraître outrecuidant de retenir un moment votre attention par l'exposé de deux cas d'aphasie dont nous avons pu faire l'étude. Nous estimons cependant que, si restreint que soit le sujet que nous traitons, il peut présenter un certain intérêt ; il est toujours utile, après une discussion de haute envergure, d'en revenir au terre-à-terre des faits concrets.

Bien entendu, nous ne songeons pas à ce propos à renouveler toute la discussion de la question si complexe des aphasies.

***

Exposé des cas

1° F... Emma, âgée de 67 ans au moment de sa mort, avait été atteinte d'ictus deux ans auparavant ; l'ictus avait laissé à sa suite une hémiplégie droite et une aphasie complète qui dura quelques jours ; à ce même moment, existait également de l'agraphie.

Petit à petit, la malade arriva à répéter les mots qu'elle entendait prononcer, bien qu'on n'ait pas entrepris chez elle de rééducation ; l'évocation du mot était impossible, mais il n'existait pas de surdité verbale, car lorsqu'on lui nommait un objet elle reconnaissait parfaitement le mot.

Lorsqu'au cours de l'épreuve on lui citait un mot ne corres-

pondant pas à celui de l'objet montré elle disait : « C'est pas ça » ; lorsqu'on nommait exactement l'objet elle disait : « C'est ça ».

Elle put apprendre à répéter les mots qu'on prononçait devant elle, mais avec une certaine difficulté Dans le langage spontané, les paraphasies étaient fréquentes, mais la malade s'apercevait de son erreur. Lorsque je lui demandais : « Comment savez-vous que vous vous trompez ? » Elle me répondait : « C'est en entendant le mot que je prononce. » Elle



Fig. 1. — *Hémisphère gauche ; face externe.*
Cas F... Emma : Aphasie de Wernicke.

reconnaissait alors le mot cherché parmi la série de ceux qu'on lui citait, et elle arrivait généralement à le répéter correctement, à condition qu'il ne fût pas trop long.

Au point de vue de la lecture, elle arrivait à lire mentalement, ce dont on pouvait s'assurer en lui faisant exécuter quelques ordres simples formulés par écrit ; elle était incapable de lire à haute voix. Bien entendu, la lecture mentale n'était pas intacte, et des mots un peu longs ou difficiles n'étaient pas compris de la malade.

Au bout de quelques mois, la malade devint loquace, les paraphasies étaient encore nombreuses ; dans les derniers temps de sa vie cependant elle parlait assez facilement et ne se trompait guère que pour les mots difficiles et longs. En

résumé, cette malade a présenté une aphasie du type de Wernicke, avec agraphie transitoire, avec alexie dissociée et était arrivée, on peut dire spontanément, à récupérer un langage



Fig. 2. — Hémisphère gauche ; coupe horizontale ; partie inférieure.

semé de paraphasies, mais sans logorrhée et sans jargonaphasie.

Examen anatomique. — Ce cas est intéressant parce que l'autopsie ne révéla qu'une lésion unique de l'hémisphère gauche, le reste du névraxe étant indemne.

On remarque un important foyer de ramollissement qui

occupe, à la face externe, l'opercule pariétal et la partie antérieure de la deuxième circonvolution pariétale ; — à noter que le gyrus supra-marginalis et les circonvolutions temporales sont indemnes (fig. 1). Sur une coupe horizontale, on remarque que ce foyer de ramollissement pénètre profondément dans l'hémisphère ; il a la forme d'un coin à base externe qui s'enfonce dans le centre ovale jusqu'au niveau du ventricule latéral ; sa direction est légèrement oblique d'avant en arrière (fig. 2). Sur les coupes microscopiques horizontales, cette lésion a son maximum d'étendue entre la coupe passant à 41 mm. et celle passant à 45 mm. du pôle supérieur du cerveau.

2° D... Jacques ; ce malade a été admis en traitement à l'Asile-dépôt de l'Hôpital St-Jean, dans le service du professeur Ley ; l'observation clinique qui suit nous a été communiquée par le Dr Hoedemaekers, assistant du service, à qui nous adressons nos vifs remerciements.

Le malade, âgé de 54 ans au moment de son admission (décembre 1922), avait été interné à la demande de sa femme pour idées de jalousie, irritabilité, actes de violence vis-à-vis de son entourage. Dixième de dix-huit enfants, dont 7 sont encore en vie, les autres ayant succombé à des maladies de la première enfance, D... a des antécédents héréditaires et personnels peu chargés : une atteinte de pleurésie à 36 ans, qui ne laisse pas de séquelles. Marié, il a 5 enfants bien portants ; il exerce le métier d'ouvrier tailleur ; il possède une instruction primaire incomplète ; il a commis des excès alcooliques dans sa jeunesse.

En l'interrogeant lors de son admission, on s'aperçoit qu'il est aphasique ; au dire de ses proches, cette aphasie remonte à 2 ans, elle est survenue à la suite d'un ictus qui fut le septième d'une série d'attaques suivies de parésie fugace de la face ayant frappé le malade en moins d'un an ; il n'y a pas chez lui d'hémiplégie.

L'examen du système nerveux décèle un léger tremblement des extrémités, pas de déviation de la langue ; les réflexes rotuliens sont exagérés, les achilléens sont normaux. Le réflexe cutané plantaire est normal ; pas de clonus du pied ni de la rotule. Pupilles normales. Pas de troubles de la sensibilité, absence de Romberg. Pas d'incoordination des mouvements, pas d'apraxie.

Les urines sont alcalines, densité 1.028, sans éléments figurés. Réaction B. G. pour la syphilis négative dans le sang. Urée dans le sang 0,61.

Les réactions électriques du facial sont normales.

Examen psychique. — D.., apparaît comme un amoindri global au point de vue psychique. Il comprend encore la parole, ce dont on s'assure en lui faisant exécuter certains ordres simples. Les ordres complexes ne sont pas exécutés correctement.

La lenteur des processus psychiques est considérable ; il existe chez le malade une euphorie puérile. Il est très difficile de se rendre compte s'il existe chez lui de l'alexie, car immédiatement apparaît de l'intoxication par l'ordre.

D... n'est plus capable de lire l'heure qu'indique une montre, ni d'exécuter un calcul élémentaire (par ex., remettre la monnaie d'un petit achat sur 1 franc).

Le malade n'arrive plus qu'à écrire son nom ; tout essai d'écriture aboutit toujours à l'automatisme et à la stéréotypie, le malade écrivant son nom et son prénom, invariablement.

L'anarthrie chez lui était complète ; il n'avait conservé non seulement aucun mot, mais même aucun son articulé ; ses essais de parole n'aboutissaient qu'à quelques bruits confus qui ne peuvent même pas être appelés des sons. Il en était donc réduit à se faire comprendre par signes et par gestes, et sa mimique était restée assez expressive. En résumé, ce malade était un aphasique chez qui l'aphasie motrice prédominait fortement. Pour apprécier le degré de son alexie et de son agraphie, nous devons tenir compte du fait qu'il était très peu instruit et qu'il avait déjà subi l'atteinte de plusieurs ictus survenus en moins d'un an. Il sortit de l'asile-dépôt à la demande de sa famille et fut réadmis un an après ; lors de sa réadmission, on constate que les mêmes phénomènes aphasiques existent toujours et que les facultés psychiques ont encore diminué. Le malade meurt après un nouvel ictus pendant lequel on observe de la déviation de la bouche, de la langue et de la contracture du membre supérieur gauche.

Examen Anatomique. — A la surface externe de l'*hémisphère droit* on note quelques ramollissements superficiels ; aucun ne dépasse l'épaisseur de l'écorce.

Cervelet. Une petite zone de ramollissement s'observe à la

partie moyenne de l'hémisphère droit ; cette lésion n'avait pas donné de symptômes pendant la vie.

Hémisphère Gauche. C'est le plus important dans notre cas, puisque le malade était droitier et nous croyons que nous pouvons négliger au point de vue aphasie les lésions peu importantes de l'hémisphère droit. Or l'examen de la face externe de l'hémisphère gauche montre tout d'abord l'intégrité absolue de la troisième frontale ; une zone assez considérable de ramollissement a détruit le pied de la pariétale



Fig. 3. — *Aphasie motrice.*
Cas D... Jacques : hémisphère gauche ; face externe.

ascendante (fig. 3). Sur une des coupes horizontales que je vous présente vous serez frappés tout d'abord par l'énorme dilatation ventriculaire et ensuite par l'atrophie générale bien marquée du cerveau. Les coupes microscopiques, surtout celles passant à 45 et 46 mm du pôle supérieur de l'hémisphère montrent un ramollissement strictement limité à la pariétale ascendante ; cependant on note une pâleur assez notable des fibres de l'avant-mur et de la capsule externe. Sur les coupes passant plus bas (50 mm du pôle supérieur) on observe une pâleur marquée de toutes les fibres de la capsule interne, ce qui est en rapport probablement avec l'atrophie générale que nous avons signalée plus haut, mais il n'y a aucune lésion plus prononcée dans la zone du

quadrilatère de Pierre Marie que dans les autres parties de l'hémisphère.

L'exposé des 2 cas que je vous ai présentés met en lumière, quelques faits qui nous semblent dignes d'un certain intérêt. Le premier cas nous démontre que l'on peut avoir une aphasie du type Wernicke à la suite de la lésion de la 2[e] pariétale, sans lésion du gyrus supra-marginalis. La 2[e] observation nous montre un cas d'aphasie à forte prédominance d'aphasie motrice, sinon d'aphasie motrice pure, dans lequel la lésion siège dans le pied de la pariétale ascendante. Certes la localisation de Broca a perdu de son importance, depuis qu'on a pu démontrer des cas de lésion du pied de la 3[e] frontale sans aphasie et des aphasies motrices bien caractérisées sans lésion de la 3[e] frontale. Mais notre cas a le mérite de présenter une lésion assez nettement circonscrite. D'autre part l'examen de nos coupes ne montre pas de lésion bien particulière de la région du quadrilatère qui participe simplement à l'atrophie générale du cerveau.

⁂

Nous nous garderons bien à ce sujet de nous lancer dans des hypothèses quelles qu'elles soient et d'apporter en faveur de l'une ou l'autre doctrine des arguments. Nous ne croyons pas cependant faire œuvre inutile en versant ces deux cas au dossier déjà si chargé de la question de l'aphasie.

⁂

Le grand mérite du rapport de M. Froment est, à mon avis, celui-ci : il nous a montré que la question du langage est infiniment plus complexe que nous ne le supposions et je lui suis pour ma part très reconnaissant, car il m'a beaucoup appris. Je crois qu'il aura montré à cet auditoire que l'examen clinique des aphasiques doit être beaucoup plus poussé qu'il ne l'est actuellement. Je suis aussi tout à fait d'accord avec lui, pour estimer que chacun doit rester sur le terrain qui lui est propre ; je lui concède que certains neurologistes habitués à raisonner anatomiquement, peuvent avoir commis des erreurs, lorsqu'ils se sont aventurés sur le terrain semé d'embûches de la psycho-physiologie du langage, mais je ne

puis le suivre plus loin. Je crois qu'il va trop loin dans ses critiques à la méthode anatomique. Peut-être en effet celle-ci a-t-elle été jusqu'à présent insuffisante. Le rapporteur ne peut méconnaître cependant les magnifiques résultats qu'elle a donnés entre la main des grands Maîtres à qui il a d'ailleurs rendu hommage ; mais surtout je tiens à déclarer que je n'arrive pas à comprendre comment il serait possible qu'une méthode, qui dans tous les autres domaines de la pathologie a fourni des résultats féconds, se trouverait impuissante dans une seule question. Tous ceux qui depuis Morgagni ont tenté d'établir un parallèle entre les symptômes morbides observés pendant la vie et les lésions constatées à l'autopsie auraient-ils donc fait fausse route ? Si nous en arrivions à admettre que dans la question de l'aphasie la méthode d'exploration clinique, aidée de la psychologie et de la phonétique est seule capable d'arriver à la vérité, que la méthode anatomique ne peut rien nous apprendre, il faudrait logiquement conclure que la pathologie humaine tout entière est divisée en deux branches : *La Non-Aphasie,* où la méthode anatomo-clinique a donné des résultats admirables qui nous ont permis de faire parfois de la médecine scientifique en nous libérant de l'empirisme et *l'Aphasie* où cette même méthode anatomo-clinique est impuissante à apporter une lumière quelconque, et l'aphasie se trouverait par le fait même élevée au rang d'entité métaphysique.

Je ne sais qui a demandé à la méthode anatomo-clinique, d'établir la *Nature* de tel ou tel trouble du langage. Il est évident que cela n'est pas légitime. Il me semble que la méthode n'a jamais cherché qu'une chose ; tel trouble ayant été observé pendant la vie (par l'examen clinique) et telle lésion cérébrale constatée après la mort, quelle est la relation qui unit ces deux FAITS ? Interprétation délicate et complexe, soit !

Mais non pas inutile. Avant de localiser, nous dit M. Froment, il faut « que la *Nature exacte* du trouble soit établie sans contestation possible ». Dans ces conditions, il est à craindre que les progrès se fassent attendre quelque temps encore.

N'est-ce donc pas un fait intéressant que d'établir que tel trouble du langage est généralement lié à la destruction de telle zone cérébrale ? Si par la suite nous arrivons à mieux pénétrer la *Nature* de ce trouble, cela ébranlera-t-il le *Fait* anatomique démontré auparavant ?

En toute sincérité, je crois que des discussions à ce sujet sont vaines. Pourquoi vouloir opposer deux méthodes qui, au contraire, se pénètrent et se complètent ? Isolées, elles ne peuvent presque rien ; unies, elles sont puissantes.

En somme, le débat auquel nous avons assisté à ce Congrès nous aura été hautement profitable à tous ; il nous a forcé à réfléchir et à faire un retour sur nous-même ; il nous a montré que pour pénétrer plus avant dans cette question si complexe, nous avons peut-être tous à modifier notre ligne de conduite ; aux cliniciens, ce débat aura montré que l'examen des aphasiques doit être encore plus complet que celui qu'ils pratiquaient jusqu'à présent et qu'il doit emprunter dans l'appréciation des troubles, les méthodes de la psychologie et de la phonétique ; aux anatomistes il rappellera qu'ils doivent encore perfectionner leurs moyens d'investigation pour aboutir à plus de précision. Mais nous restons convaincus qu'une collaboration étroite entre ces deux disciplines différentes ne peut manquer d'être féconde en résultats et que de ce labeur continu, jaillira un jour plus de lumière. Et surtout ne craignons pas que la question soit discutée à nouveau en toute indépendance, sans souci des théories ou de la personnalité de leurs défenseurs ; le danger pour un problème scientifique c'est d'être considéré comme résolu, car alors c'est pour lui le dogme, l'immobilité et la mort.

Permettez-moi donc de terminer en adressant un respectueux hommage à M. le Professeur P. Marie, qui a eu le mérite incontestable de renouveler la question de l'aphasie et dont les travaux ont provoqué, depuis près de vingt ans, les discussions les plus intéressantes sur ce vaste et passionnant problème.

Discussion :

M. Froment (de Lyon). — Les observations relatées par M. R. Ley ne sont pas aussi démonstratives qu'il le pense. La première est-elle bien un cas d'aphasie de Wernicke, aphasie de compréhension, puisqu'il n'y a pas de troubles de la compréhension ? Dans la terminologie classique, jamais un tel diagnostic n'eût été accepté. M. R. Ley adopte, il est vrai, ici, la terminologie de M. P. Marie, mais ne voit-il pas que la signification de ses conclusions anatomo-pathologiques dépend des

postulats ainsi adoptés et qu'il n'a nullement justifiés. Car Déjerine et l'école classique, dont j'adopte ici entièrement la manière de voir, eussent sans hésiter considéré un tel cas comme une observation d'aphasie d'expression dite motrice.

Quant au 2e cas, la bilatéralité des lésions permet de penser qu'à l'élément aphasie s'est superposé un élément dysarthrie analogue à celui qui accompagne généralement les lésions bilatérales du cerveau. Je ne prétend nullement qu'il ne s'agisse ici d'une anarthrie, mais ce n'est pas de l'anarthrie au sens de M. P. Marie, c'est de l'anarthrie au sens ancien du mot, de l'anarthrie dysarthrique, pourrait-on dire, qu'il s'agirait.

Quant aux observations et remarques générales de M. Ley, j'y ferai la réponse suivante. Encore une fois, je n'ai pas dit qu'il fallait rejeter toutes recherches anatomo-pathologiques en matière d'aphasie — ce qui eût été quelque peu puéril — mais seulement que des recherches cliniques précises, et en particulier des recherches phonétiques, devaient toujours précéder ces recherches qui, sans elles, ne pouvaient autoriser aucune conclusion précise. Les faits rapportés par M. R. Ley ne justifient-ils pas indirectement cette manière de voir ?

Aphasie et diabète post-traumatiques chez un hypertendu
Crises jacksoniennes tardives

Par Henri Roger et Jean Reboul-Lachaux (de Marseille)

La question de l'aphasie traumatique est de première importance au point de vue médico-légal, et lorsqu'à ce trouble s'ajoutent, à la suite d'un traumatisme net ayant particulièrement atteint la tête, un état confusionnel hallucinatoire, un syndrome diabétique, des crises jacksoniennes, le cas offre à lui seul un intérêt qui paraît mériter qu'on le signale.

Histoire relative au traumatisme et à ses suites immédiates

M. Br... Jean-Baptiste, âgé de 52 ans, inspecteur des douanes, est renversé le 2 juin 1924, par un bicycliste ; le choc, assez violent, entraîne la chute sur le sol et détermine, avec la perte de connaissance, une plaie contuse de la région pariétale gauche, une bosse sanguine pariétale droite et une contusion périorbitaire droite. La perte de connaissance dure une demi-heure. Le blessé, transporté dans un hôpital, se plaint bientôt de souffrir de la tête (douleurs vives et bourdonnements) ; il a une certaine conscience de son état, mais ne se souvient pas de l'accident. Par moments, il accuse la sensation d'un voile devant l'œil droit ; il a un ou deux vomissements et une légère épistaxis ; la température est de 38°. On n'aurait constaté alors ni aphasie, ni déficit moteur.

Le blessé est ramené à son domicile le lendemain. Sa fille remarque alors qu'il « emploie un mot pour un autre ; on comprenait assez ce qu'il disait, mais il ne trouvait pas ses mots ». L'amnésie paraît encore absolue en ce qui concerne le traumatisme. Le blessé se plaint du côté gauche de la tête et y porte fréquemment la main. Par ailleurs, la soif et la faim sont devenues excessives ; le malade réclame constamment à boire et absorbe, dès le lendemain du traumatisme et les jours suivants, quatre litres de lait et cinq bouteilles de

limonade ; il urine en quantité, non mesurée, mais anormalement abondante.

De plus, apparaît en même temps, au cours d'un syndrome confusionnel net, une ébauche de réactions anxieuses avec agitation qui se préciseront le lendemain à la suite de la visite du bicycliste cause de l'accident. Des épisodes hallucinatoires se produisent, au cours desquels revivent les images relatives à l'accident, en même temps que s'établit un état d'excitation avec cris et grande agitation. « La bicyclette... il faut la faire partir... regarde-la », dit-il à sa fille en montrant avec la main « une roue qui tourne ; il s'échappe... c'est malheureux ! » Parfois, au cours d'une ébauche de conversation banale, brusquement il s'interrompt, montre du doigt et s'écrie, en se levant, le regard fixe, inquiet : « Il s'échappe », puis il redevient calme. Ces épisodes hallucinatoires anxieux se répètent 3 à 4 fois dans la journée et persistent pendant une quinzaine de jours. Par moments surviennent de véritables crises de bavardage incohérent qui durent 10 à 15 minutes, après lesquelles le malade est déprimé, paraît se rendre compte de son état, pleure, explique à son entourage qu'il ne peut s'exprimer et qu'il en souffre. Les nuits sont calmes, mais sans sommeil.

Depuis l'accident, l'amaigrissement est net, d'après la famille.

L'examen des antécédents montre un homme en bonne santé habituelle, ayant eu la fièvre typhoïde à 18 ans, ne buvant pas d'alcool, sans syphilis connue et n'ayant jamais présenté de polydypsie ni de polyurie avant l'accident. La femme du malade est morte subitement d'embolie. Des deux enfants, l'un est mort en bas âge d'affection cérébro-méningée indéterminée, l'autre est bien portante. Le malade est fils unique ; sa mère est morte d'apoplexie cérébrale à 48 ans, son père est mort du choléra. Il n'y a pas d'antécédants vésaniques dans la famille.

Le premier jour où nous voyons le malade, à notre consultation de l'Hôtel-Dieu, nous constatons un état de confusion mentale fait d'obnubilation intellectuelle, de désorientation, avec troubles de la mémoire et des perceptions et subexcitation motrice. Les réponses sont rares, non adaptées le plus souvent, et le langage franchement paraphasique. Il n'y a pas de signes somatiques d'alcoolisme, pas de gros troubles mo-

teurs, pas de parésie nette, pas de troubles sphinctériens. Dans l'urine, la présence de sucre est massive.

Le malade entre à la Clinique neurologique, où une ponction lombaire faite le 24 juin donne les résultats suivants : liquide clair ; tension de 35 en position couchée au Claude ; albumine : 2 subdivisions ; cytologie : 1,6 ; Wassermann positif. Dans le sang, le Wassermann est négatif. La glycémie est de 3 g. 80. La glycosurie est de 90 g. pour 1.000. La tension artérielle est de 20-15 au Pachon ; la temporale est fluxueuse. Les autres appareils sont normaux.

Le 28 juin, l'état confusionnel est en voie de s'effacer; les épisodes hallucinatoires ont disparu, ainsi que les réactions anxieuses. L'aphasie persiste, à prédominance sensorielle. On constate un léger déficit moteur à droite : parésie faciale droite inférieure avec hémispasme, réflexe rotulien plus vif à droite, sans clonus, ni Babinski, mais chute du membre inférieur plus rapide à droite dans l'épreuve gynécologique. Depuis la veille sont survenues des crises comitiales à type jacksonien localisées à droite ; elles débutent par du clignotement de la paupière droite avec rire spasmodique, incli-à droite, sans clonus, ni Babinski, mais chute du membre supérieur droit en extension tonique; le visage est vultueux. Après la crise, crise qui dure environ deux minutes pendant lesquelles la perte de connaissance est complète, l'obnubilation caractéristique persiste un moment ainsi qu'un certain degré de contracture dans le M. S. droit. Ces crises se répètent chaque jour, plusieurs fois par heure, entraînant la chute si le malade est debout, n'interrompant pas l'acte de la mastication si elles surviennent pendant les repas. Après 4 jours les crises sont moins fréquentes; on n'en constate qu'une ou deux par 24 heures, et le 13 juillet elles disparaissent complètement.

A partir de cette date, le malade est calme, docile, bien orienté; il s'enquiert des siens, demande à rentrer chez lui; le sens des convenances est retrouvé dans son attitude et sous forme de jeux de physionomie et de formules de politesse automatiques. Le syndrome aphasique est encore typique mais moins marqué: le malade cherche des mots, le nom de sa fille, s'irrite de ne pas trouver, reconnaît le mot exact parmi ceux qui lui sont proposés ; il est intoxiqué par des premières réponses, exécute les ordres simples, mais se fatigue vite

et son attention est difficile à fixer après quelques minutes d'examen. On ne constate pas d'autre signe neurologique qu'un frémissement de la paupière droite et une parésie faciale inférieure du même côté. L'appareil oculaire est normal au point de vue de la musculature, du fond de l'œil, de l'acuité et du champ visuel.

Un nouveau dosage de sucre le 19 juillet, donne 4 grammes dans l'urine et 1 gr., 10 dans le sang.

Le traitement a seulement consisté en surveillance et hygiène générale, et d'autre part en l'établissement d'un régime alimentaire fixe de manière à mettre d'abord le malade en équilibre hydro-carboné, notre intention étant de le soumettre à une cure insulinique si le syndrome diabétique avait persisté.

En résumé, après un traumatisme important, ayant particulièrement atteint la tête s'installent chez un hypertendu jusque-là bien portant, un syndrome confusionnel, une aphasie, un syndrome diabétique et des crises jacksoniennes droites tardives. Deux mois après l'accident, la confusion mentale est disparue, laissant seulement une amnésie post-traumatique, à limites précises, et encore durable ; les crises jacksoniennes, la polyurie et la polydypsie sont disparues, la glycémie et la glycosurie sont en voie de régression presque complète; seule persiste l'aphasie légèrement améliorée et associée à un léger déficit pyramidal droit.

Commentaires. — Nous ne pensons pas qu'on puisse attribuer à un autre facteur qu'au traumatisme, une éclosion de syndromes sans doute classiques dans de pareilles circonsces étiologiques, mais dont l'association chez un même malade ne manque peut-être pas d'intérêt. Leur apparition toute voisine du moment du traumatisme, leur régression rapide et à peu près complète, sauf pour l'aphasie et cela sans traitement spécifique, l'état de santé antérieur du sujet, sont des arguments suffisants à faire éliminer tout autre diagnostic étiologique.

Comme les autres syndromes qui en furent concomitants, l'aphasie, qui retiendra seule notre attention est manifestement sous la dépendance du traumatisme. Aucun phénomène vertigineux, ni parétique, aucun trouble du langage, ne fut jamais accusé par le malade avant l'accident, ni remarqué par son entourage. Le sujet menait une existence active et

régulière; sa santé paraissait en tous points excellente avant qu'il fut victime de l'accident relaté. Le choc fut violent, porta manifestement sur la tête; les ecchymoses, plaies et contusions pariétales et périorbitaires confirment les renseignements donnés sur ce point. Les troubles du langage ne furent peut-être pas remarqués le jour de l'accident, mais se sont certainement rapidement installés puisque la fille du malade les remarquait le lendemain du traumatisme. De plus, à aucun moment, le malade n'a depuis l'accident manifesté la moindre idée d'indemnisation possible. On peut donc parler d'aphasie traumatique. Celle-ci, apparue en dehors de lésions grossières craniennes ou cérébrales (fractures, hématome, etc...), semble pouvoir être rapprochée des faits d'aphasie par contusion cérébrale, rapportés par Chevalier dans le premier chapitre de sa très importante thèse sur les aphasies traumatiques. On ne peut qu'émettre des hypothèses sur les lésions anatomiques en cause. Dans le cas de Morestin et Chevalier, cas assez comparable au nôtre, le contrôle opératoire, découvrit une écorce cérébrale assez congestionnée « mais ne présentant aucune trace de lésion appréciable macroscopiquement, pas de points hémorragiques ». Dans un cas d'hémiplégie par contusion cérébrale post-traumatique observé par Rouslacroix et Vaudey, une trépanation indiquée par la persistance de la torpeur cérébrale montra une congestion pie-mérienne avec œdème gélatineux de l'écorce cérébrale donnant issue par incision à une sérosité ambrée. Cet état anatomique pourrait aussi être invoqué dans notre cas.

Pour rendre compte des crises jacksoniennes tardives, on est en droit de retenir par ailleurs l'idée ancienne de Trousseau, admise par Jastrowitz par P. Marie et Crouzon dans l'apoplexie traumatique tardive : la production secondaire de petites ruptures vasculaires au sein d'un foyer de ramollissement par thrombose des capillaires.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses au sujet de notre malade que nous n'avons pas fait trépaner, on peut se demander si le trauma est seul en cause. Nous estimons assez clinique de faire jouer un rôle prédisposant à l'hypertension artérielle que nous avons notée et nous pensons que l'état vasculaire déficitaire préexistant n'a pas été pour rien dans la réalisation des syndromes constatés. Le rôle du traumatisme n'en demeure pas moins capital. Mais l'intérêt médico-

légal du cas demande à être précisé: au cas d'expertise pour accident du travail, la question est facile à résoudre et le trauma doit être considéré comme s'il était seul en cause; au point de vue civil on devra apprécier l'importance du facteur artériel prédisposant aux accidents que le traumatisme a entraînés.

II. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Contribution à la psychogenèse des psychoses délirantes chroniques

Par M. Hesnard (de Bordeaux)

L'auteur rapporte deux cas de psychose délirante au début, dans lesquels l'analyse affective — qu'il a pratiquée suivant les directives de la psychanalyse (appliquée dans un large esprit à la Clinique) — démontre l'origine de l'« automatisme vésanique », dans l'affectivité inconsciente, ainsi que la valeur symbolique de tous les détails du délire.

I. L'un est celui d'un délirant paranoïde, dont l'ambivalence et le monde imaginaire se sont développés, au cours d'une conversion morale, chez un pervers constitutionnellement tiraillé entre un sens moral sévère et une attirance impulsive vers le vice. Ses idées d'influence ne sont que des tendances choquantes, irrésistibles, qu'il refuse désormais de reconnaître comme siennes, et qu'il attribue à autrui.

II. L'autre est celle d'une hallucinée de la ménopause, dont les voix, en apparence indifférentes, proclament, en réalité, les très anciennes misères intimes de la pauvre épave sociale qu'elle est, et dont les persécutions génitales ne sont que des besoins sexuels répugnants, qu'elle réprouve en les considérant comme émanant de personnes étrangères.

La construction d'une réalité étrangère au moi et l'attribution de la pensée à autrui, sous la forme d'un automatisme, noyau de la poussée délirante (de Clérambault), apparaissent comme la conséquence d'un refus, par l'individu, d'une portion de sa vie affective.

Mais l'auteur se sépare des psychanalystes, en supposant, à l'origine de la poussée affective morbide, non plus de simples

tendances refoulées, mais des forces instinctives tératologiques *de néoformation,* en soi irréalisables, et de nature primitivement organique (1).

Discussion :

M. Minkowski (de Paris). — Les intéressantes observations de M. Hesnard montrent une fois de plus qu'il n'y a aucune incompatibilité entre les méthodes psychologiques et la psychiatrie clinique, comme d'aucuns le prétendent. Toutes les méthodes peuvent rendre service à la psychiatrie, à condition de sérier les problèmes et d'éviter un exclusivisme outrancier. Les nouvelles données psychologiques, même quand elles découlent de conceptions philosophiques, ne sauraient être négligées *a priori,* pour cette raison.

Une remarque s'impose au sujet de l'expression « ambivalence », employée par M. Hesnard. Il semble utile de conserver à cette expression la signification que lui a donnée Bleuler. L'ambivalence ne doit être confondue ni avec l'hésitation morbide, ni avec le doute obsédant, ni encore moins avec la phase qui, dans tout conflit, précède, chez l'individu normal, la décision. Dans l'ambivalence le « oui » et le « non » se trouvent en présence sans la moindre tendance à s'entrepénétrer. Ils n'aboutissent même plus ni à l'hésitation, ni au doute, qui, eux, présentent encore un certain degré d'organisation de tendances contraires. L'individu « hésite » et sait qu'il hésite. Dans l'ambivalence, nous ne trouvons plus trace de pareille organisation. L'ambivalence présente, ainsi un échelon de plus dans la dégradation des phénomènes psychiques dont se compose la vie normale et doit, pour cette raison, être considérée comme signe de gravité de l'affection.

M. Hesnard (de Bordeaux). — L'objection que me présente mon éminent ami *Minkowski* au sujet du sens que j'ai donné à « l'ambivalence » est fondée. Toutefois je lui ferai remarquer qu'il y avait chez mon malade *obsession du contraire,* directement dérivée psychogénétiquement de son conflit affectif. L'opposition des tendances antagonistes qui se traduisait,

(1) Voir pour le détail de cette théorie les ouvrages et articles de l'auteur. Dr Hesnard. — La néoproductivité psychique morbide (*J. de psychol. n. et path.*, 1922). — L'Inconscient (vol. ; Bibl. de l'Encycl. scient. Doin, 1923). La Relativité de la Conscience de soi (*Bibl. de Philos. cont.* Alcan, 1924). — Les Psychoses (*Bibl. de Phil. scient.* Flammarion, 1925).

entre autres symptômes, par cette obsession, mérite donc, à mon avis, le nom d'*ambivalence*.

Quant à la question de la « néoproductivité » psychique, sa discussion nous entraînerait trop loin. Je me borne à rappeler que cette théorie est la seule qui, jusqu'ici, explique certains symptômes fondamentaux des schizophrènes, comme leurs symptômes de discordance quand ils se manifestent en *simultanéité* avec les manifestations d'une pensée normale et lucide. D'une façon générale, les délires traduisent non une « dissociation » vraie de l'esprit, mais son infiltration parasitaire par un automatisme surajouté de néoformation.

Fétichisme et réflexes conditionnels

Par M. Laignel-Lavastine
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Parmi les perversions sexuelles, une de celles qui étonne le plus par son étrangeté, c'est le fétichisme.

On sait que dans cette perversion l'excitation génitale est déterminée par la vue ou le toucher d'objets, qui, au premier abord, ne paraissent avoir aucun caractère sexuel.

Ainsi certains fétichistes n'entrent en érection qu'à la vue ou au contact de mouchoirs, de gants, de pantalons de femmes, de coupons de soie, de souliers, etc... Le fétichisme du *soulier* est classique depuis Restif de la Bretonne, qui fait dire à M. Nicolas dans une auto-biographie : « Emporté par la passion la plus fougueuse, idolâtre de Colette, je croyais la voir, la toucher, en palpant ce qui venait de la porter; mes lèvres pressèrent un de ses bijoux (un soulier) ». Le fétichisme du soulier est l'extension du fétichisme du pied, que Restif de la Bretonne a décrit dans le *Pied de Fanchette* : « Le charme auquel M. de Saintepallaie était le plus sensible, celui qui lui causait ce frémissement involontaire et délicieux, qui remue toutes les fibres, c'était un joli pied ».

Les théories freudiennes par le *transfert de l'affect* consécutif à un traumatisme psychique, datant en général de l'enfance, donnent une explication générale de ces anomalies. Mais c'est une explication verbale; ce transfert de l'affect est le simple énoncé d'une constatation : l'excitant habituel d'une réaction spécifique est remplacé par un autre. Or la physiologie expérimentale, grâce à Pawlow, connaît bien aujourd'hui ces faits. Il s'agit de *réflexes conditionnels.*

A la vue de la viande, un chien sécrète du suc gastrique. On associe à la vue de la viande, la vue d'une lumière rouge. A chaque répétition de la même double vision, la même sécrétion se produit. Dans une troisième partie de l'expérience, on supprime la viande, mais on laisse la lumière rouge. La vue

de cette dernière détermine chez le chien habitué la même sécrétion qu'auparavant. Le réflexe, précédemment conditionné par l'excitant spécifique, est maintenant déclanché, en l'absence de cet excitant spécifique, par un autre excitant quelconque, mais qui a été associé arbitrairement à l'excitant spécifique pendant un certain nombre d'expériences, de telle sorte que l'habitude sécrétoire, prise à la vue du complexe viande-lumière rouge, continue ensuite à la vue du seul élément non spécifique du complexe.

Pareils réflexes sont à la base de multiples manifestations neuro-psychiques.

Dans leur généralité, ces faits sont d'ailleurs depuis longtemps connus. Saint Thomas d'Aquin, écrivait déjà que « la passion actuelle est déclanchée par l'image, laquelle peut être changée (1) ».

Le mérite de Pawlow a été de préciser par l'expérimentation les conditions de certaines de ces réactions et leur donner un nom.

La comparaison des réflexes conditionnels et du fétichisme me paraît mettre en évidence l'analogie du mécanisme dans les deux cas.

En effet, l'analyse des circonstances pittoresques des premiers émois sexuels, rend compte des principales bizarreries des fétichistes.

Tel objet a fixé l'attention au moment du plaisir sexuel, et désormais son souvenir reste lié au souvenir émotif. C'est un des multiples exemples de la grande loi d'association sensitivo-émotive, qui est à la base de toute poésie.

Ainsi le fétichisme, réduit à son squelette physiologique, pourrait-on dire, m'apparaît en grande partie comme une expression, spécialisée à la sphère sexuelle, des réflexes conditionnels.

Mais il est loin d'être la seule expression sexuelle des réflexes conditionnels. Ceux-ci jouent aussi un rôle dans d'autres perversions.

Discussion :

M. Piéron (de Paris). — Je crois, avec M. Laignel-Lavastine, que l'application des lois physiologiques des réflexes conditionnels à l'interprétation des processus psychopatholo-

---

(1) St-Thomas-d'Aquin. — *Ve veritate.* Q. 25. Art. IV et V.

giques promet d'être des plus fécondes. Mais, dans ce cas particulier du fétichisme, je ne pense pas que ces lois permettent d'en rendre compte de façon satisfaisante. En effet, un excitant conditionnel ne conservera son efficacité que parce qu'on entretient sa liaison avec l'excitant primaire par des associations répétées et fréquentes; il n'acquiert que partiellement l'efficacité de l'excitant primaire et nullement de façon durable. Au contraire, l'excitant-fétiche *se substitue* à l'excitant primaire, normalement efficace. Il faut donc que d'autres processus interviennent, ce qui s'accorde avec le fait que le fétichisme représente un phénomène exceptionnel, pathologique.

M. Hesnard, tout en admettant l'analogie des réflexes dits conditionnels avec certains processus sexuels, — ce qui n'est pas une idée nouvelle, puisque *Kostyleff* et les psychanalystes ont cherché à concevoir le mécanisme cérébral de la pensée comme un ensemble de « réflexes cérébraux », — croit que les deux mécanismes diffèrent sensiblement. Dans les perversions sexuelles comme le fétichisme, l'image, la représentation symbolique joue un rôle de premier plan, en dehors de tout arc réflexe ; on la retrouve dans la psychogenèse de la perversion, dans le rêve, la « fantaisie » imaginative qui se substitue, chez le malade, aux représentations normales. De plus, lorsqu'on recherche le premier début, fréquemment traumatique, des manifestations cliniques de la perversion, on s'aperçoit que la sexualité tout entière du sujet, restée à un moment infantile de son évolution, était déjà morbide en puissance et n'attendait que la première occasion pour se fixer sur tel objet ou sur tel but. C'est en cela que la psychanalyse a apporté à la question une lumière éclatante, sans toutefois expliquer les raisons dernières de ces arrêts d'évolution instinctive. En un mot, le fait pour un réflexe d'être *conditionnel*, créé par l'habitude associative, ne saurait rendre compte de la valeur préétablie de telle ou telle excitation dans les cas pathologiques.

M. Minkowski (de Paris). — Le « transfert de l'affect » dont a parlé M. Laignel-Lavastine n'épuise pas l'explication donnée par Freud des perversions sexuelles ; il y a en plus, tout ce que Freud nous a appris sur la sexualité infantile et ce que nous ignorions jusque-là ; les arrêts se produisant dans l'évolution de cette sexualité fournissent, dans bien des cas, une explication suffisante des troubles de l'instinct sexuel, observés ultérieurement.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — Je remercie d'abord MM. Piéron, Hesnard et Minkowski d'avoir discuté ma communication, qui, soulevant de gros problèmes physio-psychologiques, n'a pas eu la prétention de les résoudre tous.

A M. Piéron je répondrai que je me suis mis en garde contre la première de ses objections en disant, dans ma conclusion, que le fétichisme m'apparaît *en grande partie* comme une expression, spécialisée à la sphère génitale, des réflexes conditionnels. J'ai voulu insister sur l'importance des réflexes conditionnels dans le déterminisme du fétichisme ; je n'ai jamais eu la prétention de vouloir ériger un des facteurs de l'expression clinique de l'anomalie en une explication complète. Quant au rôle de l'habitude, il me paraît important et j'ai eu soin de le signaler. En fait, les témoignages des fétichistes sincères montrent la fréquence des récidives et par conséquent le rôle de l'habitude.

M. Hesnard souligne avec raison le danger des explications trop anatomo-réflexes à la manière de la psychologie de Kostyleff. Je suis tout à fait de son avis. Comme lui, je reconnais bien volontiers le rôle de l'image dans le déclenchement des réflexes conditionnels ; mais c'est là une constatation banale du mécanisme des émotions. Il existe une série d'intermédiaires de l'idée à l'acte ; certains sont obscurs ; mais en mettre un en évidence ne signifie pas qu'on n'admet pas les autres.

A M. Minkowski je dirai que justement le défaut de polarisation sexuelle, qui caractérise le jeune âge, rend facilement compte des multiples chemins plus ou moins détournés que peut suivre la réaction génitale du fétichiste.

M. Repond (de Malevoz-Monthey) est heureux d'avoir assisté à une discussion objective sur ce sujet si difficile et si controversé. Il espère vivement que la collaboration des psychiatres français à la psychoanalyse sera fructueuse et contribuera à jeter quelque clarté sur ce nouveau champ d'activité psychiatrique.

Sur un cas de Sadisme

Par MM. Ch. Perrens et P. Desport (de Bordeaux)

Voici l'observation d'une malade de notre service intéressante par la multiplicité des symptômes qu'elle présente, intéressante surtout par les interprétations que suggèrent quelques-uns d'entre eux.

Vingt et un ans, des antécédents héréditaires lourdement chargés, des antécédents personnels qui ne le sont pas moins, puisque depuis sa naissance en état de mort apparente, Simone G... fut toujours souffrante, ne commença à marcher qu'à 8 ans, et que son développement intellectuel fut aussi lent que sa croissance physique. Toujours instable et impulsive, il y eut dans son état une aggravation progressive qui obligea à provoquer son placement à l'asile de Château-Picon en décembre 1921.

Il est impossible de s'attarder à l'examen détaillé de ses troubles neurologiques : syndrome d'asynergie cérébelleuse, signes d'irritation des voies pyramidales, crises d'épilepsie assez rares autrefois et que le traitement a supprimées. Nous voudrions insister seulement sur ses troubles mentaux.

De taille réduite, comme tassée sur elle-même, elle a une tête volumineuse qu'elle tient d'ordinaire en extension forcée. Son regard fixe, sa bouche entr'ouverte d'où s'écoule la salive lui donnent l'aspect d'un être profondément déchu. L'apparence est trompeuse. Simone a peu d'instruction ; mais elle a l'esprit vif, se montre capable de comprendre nos questions et d'y répondre avec finesse. Sa mémoire et son orientation sont excellentes. Elle ne délire pas.

Son internement n'en est pas moins justifié par le caractère anormal et souvent antisocial des actes auxquels elle se sent poussée. Ce sont d'abord des mouvements de salutation et de torsion du cou qui s'arrêtent au commandement, s'exagèrent dans les moments d'émotion, disparaissent lorsque son attention se fixe sur un objet quelconque ; c'est ensuite un geste lent qu'elle semble exécuter avec beaucoup de précaution et

un peu de gêne et qui lui fait toucher de la pointe du pied ou du plat de la main les objets ou les personnes placées à sa portée. Ce sont aussi des scènes d'exhibitionnisme. Cause-t-on avec elle ? Simone se baisse, saisit le bas de sa jupe et se découvre jusqu'au nombril, ou bien, soulevant sa jupe de la main gauche, elle applique la paume de sa main droite sur ses parties génitales. Cela dure quelques secondes. Plus rarement elle profite de l'heure où les malades sont groupées dans la salle de réunion pour s'étendre sur le parquet dans une attitude lubrique, étalant sa nudité au milieu de l'unanime réprobation jusqu'à ce que les gardiennes y mettent un terme. Ses repas lui sont l'occasion d'un cérémonial particulier : elle ne porte son pain à sa bouche qu'après l'avoir frotté contre ses parties génitales. Lorsqu'on l'en empêche en nouant ses jupes, elle se satisfait en promenant son pain dans ses cheveux. Enfin, pour ne rien dire de son besoin intermittent de prononcer le mot m..., Simone se livre à des actes autrement dangereux. Prendre contact, et très fréquemment, du bout des doigts, avec la chevelure de ses compagnes ne lui suffit pas. Elle s'aggrippe à leurs cheveux et tire de toutes ses forces. Son visage prend alors un air de férocité que l'on ne peut oublier après l'avoir vu une fois ; elle tire, elle tire encore, redoublant d'efforts à mesure que sa victime se défend davantage, ne sentant pas les coups qu'on lui porte, ne prenant pas garde à sa bouche qui saigne, ni aux griffes qui lacèrent ses joues, étrangère au reste du monde, tendue vers un seul but : tirer et arracher par poignées les cheveux qu'elle tient.

Il n'est pas nécessaire de l'interroger longuement pour s'apercevoir que ces différentes impulsions sont en rapport avec un état obsédant. Les unes remontent à son enfance : mouvements de la tête, impulsions à toucher les objets ; les autres sont de date plus récente : c'est à cause de sa tendance à les réaliser trop fréquemment qu'elle nous fut confiée.

On aurait voulu connaître la genèse de pareils phénomènes. Simone ne nous renseigna d'abord que d'une manière très vague. Elle nous déclara qu'elle se sentait poussée par une force inconnue, puis qu'elle redoutait un malheur pour elle ou sa famille, malheur qu'elle avait l'impression d'éviter en accomplissant certains gestes ou en prononçant certaines paroles. Il est de fait que, pendant son séjour dans sa famille, elle se levait la nuit pour « toucher sa mère », afin de s'assurer que celle-ci n'était pas morte. Elle n'essayait pas d'expliquer son exhibitionnisme et ses impulsions à la violence, tout en

reconnaissant cependant qu'elle trouvait là une sorte de plaisir dont la nature lui échappait. Une révélation qu'elle nous fit spontanément nous aida à comprendre quelques-unes de ses impulsions.

Simone se livre à l'onanisme. La chose n'est pas rare. Ce qui l'est davantage ce sont les circonstances nécessaires à la production du plaisir sexuel. Il se produit seulement lorsque notre malade associe à son geste l'une des trois représentations mentales suivantes qu'elle évoque volontairement : 1° celle de nouveau-nés dans une couveuse, 2° celle d'une idiote de 10 ou 11 ans aperçue autrefois dans la cour d'un hôpital, 3° celle de ces simples mots : maladie mentale.

Nous n'avons pu savoir de quelle façon s'étaient constituées ces associations psycho-sexuelles. Quand, à l'hôpital des enfants, Simone vit pour la première fois des nouveau-nés dans une couveuse, elle en ressentit une émotion violente. Comment mit-elle plus tard le souvenir de la scène en question au service de son appétit génital, c'est un point que l'on n'a pas éclairci. Le fait en lui-même a été déjà remarqué. On sait que pour Freud le nouveau-né est utilisé dans certains rêves comme symbole homosexuel. Freud s'en étonne. En vérité, nous l'aurions cru difficilement, si les tendances homosexuelles de notre malade ne s'affirmaient d'une manière particulièrement nette dans la représentation imaginative suivante. Le protocole ne varie pas : l'idiote de 10 ou 11 ans, mal vêtue, aux cheveux ébouriffés, est là. Sans prononcer une parole elle s'approche et soulève ses jupes. Simone se porte à sa rencontre et touche des lèvres ou de la main les parties génitales de la visiteuse. A ce moment le plaisir sexuel se déclenche.

Tout cela est bien curieux. Plus curieux encore le déclenchement du plaisir à l'évocation des deux mots : maladie mentale. On ne croit pas faire une hypothèse bien hardie en supposant que ces mots résument d'une manière abstraite la scène précédente dont ils empruntent la puissance émotive.

Cette scène nous est accessible. Son interprétation ne présente pas de difficulté. Elle nous offre de plus l'avantage de nous renseigner sur quelques gestes impulsifs de notre malade. Quand elle soulève ses jupes et s'exhibe aux yeux de tous, de préférence à la vue des femmes, elle ne fait que se substituer à l'idiote de ses rêveries sexuelles ; quand, ses jupes soulevées, nous la voyons prendre contact avec ses propres parties génitales, elle réalise le geste que sa rêverie érotique adresse à

l'habituelle partenaire dont elle vient de prendre la place. Elle a d'ailleurs de ce mécanisme une conscience assez nette : quelques-unes de ses réflexions sont à ce point de vue significatives.

Mais ses impulsions à la violence ? Nous les avons attribuées à du sadisme. En avons-nous le droit, puisque dans le moment où elles se développent la malade ne les rattache pas à une émotion sexuelle ? Nous sommes obligés de tenir compte des tendances qu'elle exprime dans l'intervalle de ses accès impulsifs. Or, il ressort de ses déclarations que Simone frôle les cheveux de ses compagnes ou les tire, parce qu'elle ne peut toucher une autre partie plus intime d'elles-mêmes : encore une substitution, non plus de personne, mais d'objets. Comment ne pas croire à sa sincérité, si nous nous rappelons que dans d'autres circonstances elle frotte contre ses cheveux les aliments qu'on l'empêche de frotter contre ses parties sexuelles ? En saisissant les cheveux de ses voisines, elle exécute donc d'une manière détournée le geste essentiel de la représentation mentale qui accompagne ses pratiques d'onanisme. On ne voit pas d'où procède sa brutalité qui n'apparaît pas comme un but, mais comme une mystérieuse complication. Il suffit, semble-t-il, que cette brutalité se donne libre carrière à l'occasion d'un acte de signification érotique pour que l'on puisse la considérer comme une manifestation de sadisme.

Par tous les caractères que nous avons résumés, par les troubles neurologiques, par la multiplicité de ses impulsions, par la singularité du processus mental indispensable au succès de ses pratiques d'onanisme, par l'influence que prennent certains éléments d'une scène d'imagination dans l'élaboration de symptômes nouveaux, notre malade constitue une curiosité clinique qui méritait, croyons-nous, de vous être présentée.

Discussion :

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — M. Perrens dit ne pas savoir pourquoi l'anxiété éveille souvent des résonances génitales. J'en vois la raison physiologique dans la même affinité élective réactionnelle du pneumogastrique et de l'érecteur sacré, tous deux paralysés par l'atropine et excités par la pilocarpine. Cette identité réactionnelle pharmacodynamique est l'expression d'une unité fonctionnelle. D'autres expressions cliniques de cette unité se rencontrent souvent. Ainsi une

jeune fille débile mentale fut à ce point émue jusqu'à la peur par la vue d'un cheval en érection qu'elle devint une amoureuse de chevaux, désirant le mariage avec l'un d'eux.

Cette association de l'anxiété et de la volupté, chantée par les poètes depuis toujours, est aussi bien connue du vulgaire. L'expression triviale qu'on prête à certaines femmes : « Fais-moi peur pour que je sente ! » relève de la même constatation.

Un détail m'a frappé dans l'observation de MM. Perrens et Desport. La jeune fille à certains moments frappe des mains pour savoir si sa mère meurt au même instant et pour aussi la protéger. Ces manifestations, analogues à de multiples rites superstitieux, dérivent probablement des habitudes *magiques*, dont on connaît le rôle dans la mentalité primitive. Après l'invention de la raison discursive, la paléopsychie fut recouverte par le stade logique de l'esprit ; mais chez certains individus au milieu de l'océan logique, qui submerge les fonctions psychiques, persistent comme des blocs erratiques des fragments de l'activité prélogique, dont l'étude explique par des procédés dérivant de la magie un certain nombre de réactions des obsédés impossibles à expliquer par la conscience claire.

M. Hesnard (de Bordeaux) insiste sur l'intérêt scientifique de ce document clinique, qui montre combien l'analyse psychique appliquée à la genèse des symptômes, en apparence absurdes et énigmatiques, éclaire et explique leur signification. Il n'est plus permis au clinicien d'ignorer les méthodes — dérivées de la Psychanalyse — qui permettent de reconnaître ainsi l'origine des obsessions, des délires, des actes morbides, dans la vie affective intime. Il félicite M. Perrens d'avoir, dans son service, eu le courage et la largeur d'esprit nécessaires à ce genre de recherches, dont l'avenir élargira le champ d'action.

M. Hartenberg (de Paris) demande quel était le degré d'anxiété de cette malade et s'il s'agissait d'une psychopathe grave ou d'une simple obsédée.

M. Perrens (de Bordeaux). — Le diagnostic porté est celui d'obsessions impulsives chez une dégénérée atteinte de lésions encéphaliques diffuses.

Un cas de guérison d'une psychose ayant duré seize ans sans intermission

Par MM. Arnaud, Sollier, Vignaud

Mme de R., âgée de 45 ans, entre à la Villa Montsouris en 1891, pour un état de mélancolie avec demi-stupeur. Elle ne parle presque pas, et seulement quand on l'interroge avec insistance. Alimentation très difficile, immobilité habituelle, incapacité de se livrer à aucune occupation.

Cet état avait succédé assez rapidement à une dépression immédiatement consécutive à la mort du mari.

Au bout de quelques semaines, la stupeur fait place à une vive anxiété avec panophobie, agitation, délire hallucinatoire. La malade appelle sa fille, son mari qu'elle croit toujours vivant ; elle tombe en extase pendant des heures, présente des hallucinations de la vue et de l'ouïe, pousse de véritables hurlements, déchire ses vêtements et sa peau, se salit avec ses excréments, etc. Refus des aliments exigeant l'emploi de la sonde œsophagienne. Onanisme fréquent. La malade paraît désorientée dans le temps et dans l'espace, elle reconnaît à peine son frère quand il vient la voir.

Au point de vue physique, amaigrissement considérable, développement très accentué du système pileux du visage, suppression des règles.

Même situation, pendant plusieurs années, avec alternatives irrégulières d'excitation, de dépression et d'extase. Refus intermittent des aliments, désordre des actes de plus en plus marqué. La malade est transférée à la Maison de santé de Vanves, le 8 mai 1903, après un séjour de 12 ans à la Villa Montsouris. Le pronostic est celui de chronicité définitive.

A son entrée, on note : délire mélancolique avec aboulie, inertie habituelle, incapacité d'agir utilement, refus intermittent des aliments et crises d'excitation ; elle réclame sans cesse son mari, qu'elle croit vivant alors qu'il est mort depuis plus de dix ans ; elle recherche la solitude, ne s'occupe à rien. — Habituellement calme et inerte, indifférente aux choses de la réalité, la malade a souvent des crises de désespoir, parce qu'on

la sépare de son mari. Il faut la surveiller de très près pour qu'elle mange, et encore mange-t-elle insuffisamment, souvent, il faut la nourrir à la sonde. Dans ses moments d'excitation, elle crie, elle se précipite vers les portes pour s'enfuir. Négativisme habituel, très négligée dans sa tenue, souvent malpropre, il faut s'occuper d'elle constamment.

Pas de changement notable jusqu'au début de 1907. Vers le mois d'avril de cette année, la malade est plus calme et s'alimente à peu près régulièrement. En mai, on note « amélioration sensible de l'état général. Madame mange bien et s'occupe à divers travaux, s'intéresse à ce qui se passe, reçoit avec plaisir les visites de sa famille ». Elle croit maintenant à la mort de son mari.

L'amélioration s'accentue progressivement, Mme de R. se rend compte qu'elle a été malade, et, tout en désirant rentrer chez elle, elle accepte, à titre d'épreuve décisive, la prolongation de son séjour. L'affectivité est redevenue normale, l'activité a reparu, Madame travaille, lit, écrit aux siens des lettres parfaitement correctes, s'intéresse aux événements de la famille et du monde ; elle reçoit avec plaisir des visites plus fréquentes. La guérison est incontestable, et Mme de R. rentre dans sa famille, le 27 octobre 1907, après seize ans de maladie ininterrompue.

Nous avons eu par la suite l'occasion de la revoir plusieurs fois ; nous avons eu des renseignements par son frère, chez qui elle habitait et par une amie qui la voyait souvent. Bien que vivant dans des conditions assez pénibles, avec de graves responsabilités de maîtresse de maison, elle est restée normale jusqu'à la fin de l'année 1913, c'est-à-dire pendant six ans. A ce moment, elle a présenté une phase de légère dépression, mais de courte durée et qui s'est dissipée sans intervention médicale, Mme de R. restant chez elle. L'état de guérison se maintient ensuite jusqu'à la fin de 1922, époque où Mme de R. retombe dans la dépression mélancolique avec refus des aliments et vagues idées de suicide. Il était question de la ramener à la Maison de santé, quand elle a contracté une broncho-pneumonie qui l'a enlevée le 16 décembre 1922, à l'âge de 76 ans.

En résumé, état mélancolique, grave, survenant chez une femme de 45 ans, à la ménopause, se prolongeant sans intermission, pendant seize ans, aboutissant à une guérison qui s'est maintenue pendant quinze ans, avec une courte phase de légère dépression. Enfin, récidive de l'état mélancolique grave, à l'âge de 76 ans.

Nous n'avons pas eu connaissance d'incidents psychopathiques chez Mme de R. avant l'âge de 45 ans. Il n'en est pas moins évident qu'il s'agit ici d'une psychose intermittente, évoluant chez une femme nerveuse, aboulique et de caractère un peu triste, le déclanchement de la psychose paraissant bien être dû au choc moral produit par la mort du mari.

⁂

La guérison d'une psychose qui a duré seize ans, et alors que la malade présentait toutes les conditions d'un état sinon démentiel, du moins nettement chronique, appelle quelques réflexions.

Ce cas montre une fois de plus, combien il importe d'être réservé avant de porter un pronostic d'incurabilité. Bien des éléments étaient ici en faveur de ce fâcheux pronostic: le début de l'accès à la ménopause, devant faire redouter une mélancolie d'involution; la complexité progressive des troubles mentaux, un certain degré de confusion chronique; puis, pendant plusieurs années, la monotonie des symptômes, la perte de toute activité, de tout intérêt, au moins apparent, pour le réel; la stéréotypie des manifestations morbides, la négligence générale, la malpropreté, etc. Cet ensemble de conditions, si fâcheux par lui-même, était singulièrement aggravé par sa prolongation pendant des années. Si les guérisons après deux ou trois ans de maladie mentale, sont déjà peu fréquentes, elles sont rares après cinq ou six ans, et véritablement exceptionnelles après dix ans. Notre observation prouve que, pour importante que soit, au point de vue du pronostic, la longue durée de la maladie, elle ne saurait suffire à faire rejeter la possibilité d'une guérison.

Quant aux symptômes que nous avons indiqués et que l'on observe de préférence dans les états de chronicité définitive avec déficit irréversible, ces symptômes étaient trompeurs, la terminaison par la guérison l'a démontré.

Nous avons eu la preuve que, même dans ses moments les plus troublés, la malade n'avait pas été étrangère aux réalités. Dès que l'amélioration a commencé, Mme de R. a évoqué des souvenirs du début de sa maladie, de son séjour à la Villa Montsouris, alors qu'elle était en plein délire hallucinatoire et confusionnel: elle demandait des nouvelles des médecins, ainsi que de la fille du Dr Sollier qu'elle avait aperçue jouant dans le jardin.

Tout cela nous montre que la clinique mentale, si elle a réalisé, comme la clinique générale, de considérables progrès, n'a pas épuisé ses possibilités, et qu'il y a dans son champ plus d'un sillon nouveau à tracer, notamment en ce qui concerne la symptomatologie des états qui posent la question de la démence, précoce ou tardive. On le sait, mais il n'est pas inutile de le répéter, il est souvent extrêmement difficile d'établir la réalité de la démence véritable.

Il est encore plus difficile de donner, des faits de ce genre, une explication satisfaisante. Comment un cerveau, si profondément et pendant si longtemps troublé, peut-il récupérer l'intégrité, au moins apparente, de ses fonctions les plus délicates ? Quel processus, exo ou auto-toxique, peut-il permettre de telles oscillations? Pourquoi et comment son action vient-elle à s'épuiser, sans avoir par sa persistance épuisé la résistance de l'organe ? A défaut de lésions décelables, comment des habitudes morbides, prolongées pendant tant d'années, ne laissent-elles pas, dans le fonctionnement mental, des traces plus manifestes ?

Ces questions, qui se posent d'ailleurs, à propos de toutes les affections mentales un peu prolongées, sont d'autant plus difficiles à résoudre dans les cas exceptionnels comme celui que nous rapportons. L'action d'aucun agent connu ne peut nous faire comprendre une telle évolution. On comprend l'évolution des maladies infectieuses et leur durée respective, depuis que l'on connaît l'évolution de leurs agents provocateurs. Mais quel agent, quel organisme déterminé pourrait avoir une si longue évolution ? Faudrait-il, ici, faire intervenir les sécrétions endocriniennes ? Dans le cas de Mme de R., les fonctions ovariennes ont cessé définitivement, et leur suppression n'a modifié en rien le trouble mental, pas plus qu'elle n'en a empêché le retour après quinze ans de guérison. S'il a existé des troubles d'autres sécrétions internes, nous n'en connaissons ni l'existence, ni les modalités. La pathologie du sympathique, les études, si pleines d'intérêt, sur les colloïdoclasies, nous livreront-elles la clef de tels problèmes ?

Le champ reste ouvert à toutes les hypothèses. Que les chercheurs s'appliquent à débrouiller ces questions irritantes que nous posent la psycho-pathologie et la physio-pathologie du cerveau et de l'esprit. Depuis bien longtemps on en décrit minutieusement les manifestations. Il importerait beaucoup plus d'en éclaircir l'étiologie et la pathogénie.

La syphilis dans les affections mentales

Par M. H. Hoven
Médecin de l'asile d'aliénées de Mons

Dans ces dernières années, différents auteurs ont cherché à déterminer l'importance du facteur étiologique Σ, cette grande plaie sociale, dans les troubles mentaux.

En 1912, déjà, les Drs D'Hollander et Herman (1) avaient signalé que dans 27,47 0/0 des cas observés (36 cas sur 136 malades), la réaction de Wassermann était positive. J'ai moi-même (2 et 3), publié antérieurement les résultats de mes observations chez les aliénées entrées à l'asile de Mons pendant les années 1921 et 1922. La réaction de Wassermann était positive dans 17 0/0 des cas en 1921, dans 15 0/0 des cas en 1922.

A la suite de cette communication, d'autres statistiques ont été publiées par A. Marie (4) et Cénac (5).

A. Marie, a fait le relevé des réactions positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des malades entrants du service des hommes de l'asile clinique pendant l'année 1921-1922. Sur un total de 295 malades, il obtient chez 113, un W. +, soit donc dans 38,3 0/0 des cas observés. En décomptant les cas de paralysie générale, il obtient 24,78 0/0. A New-York, Nogushi, examinant 265 cas de malades mentaux non paralytiques, en trouve 77 avec réaction W. + dans le sérum sanguin; soit 29 0/0. Parmi ces cas, 180 subirent la ponction lombaire ; 19 avaient un W. + dans le liquide céphalo-rachidien; soit 10,55 0/0. A Marie, de même a obtenu sur 59 cas,

---

(1) Herman et d'Hollander. — La réaction de Wassermann et l'aliénation mentale. *Bull. Soc. méd. ment.* Belgique, avril 1913.
(2) H. Hoven. — La syphilis dans les affections mentales. *Arch. méd. belges*, mai 1922.
(3) H. Hoven. — La syphilis dans les affections mentales. *Bull. Soc. cliniq. méd. ment.*, avril 1923.
(4) A. Marie. — *Bull. Soc. cliniq. méd. ment.*, avril 1923, p. 130.

6 cas avec W. + dans le liquide céph.-rach. ; soit 10,16 0/0. A Londres, Mackensie opérant sur 565 aliénés non paralytiques généraux, a obtenu 24,95 0/0 de W. + dans le sang. En y comprenant les paralytiques généraux, il a obtenu sur 786 malades, 45 0/0 de W +.

Cénac (1) a recherché les réactions humorales (B.-W. dans le sérum et le liquide céph. rach., réactions de Guillain), sur 188 malades de l'asile de Villejuif. Le B.-W. était positif et partiellement positif chez 31 malades, soit dans 16 0/0 des cas.

Devant ces pourcentages assez élevés, observés par certains de ces auteurs, j'ai voulu vérifier mes observations en explorant un plus grand nombre de malades aliénés. J'ai examiné toutes les malades indigentes séjournant dans mon service à l'asile de Mons.

La recherche de la réaction de W. dans le sang, à l'heure actuelle, a porté sur un ensemble de 757 malades.

Les réactions étaient faites au laboratoire provincial de Bactériologie de Mons, sous la direction du Dr Herman. La ponction lombaire a été pratiquée dans les cas de P. G. et de syphilis cérébrale et dans les cas douteux.

Le tableau suivant donne les résultats obtenus.

Dans 135 cas, la réaction de Wassermann est +, soit 17,83 0/0 des cas. Ce pourcentage confirme mes observations antérieures. Il est possible que cet examen pratiqué dans un service d'hommes, donnera un pourcentage plus élevé et cela expliquerait les divergences observées; je serais heureux d'obtenir des renseignements à cet égard. En décomptant les cas de P. G. et de pseudo-paralysie générale, il reste 95 cas +; soit 13,24 0/0.

Dans la paralysie générale, la réaction de Wassermann était toujours positive dans le liquide céphalo-rachidien, elle était presque toujours positive dans le sérum sanguin. Je ne veux pas entrer dans les détails des réactions du liquide céphalo-rachid. dans les cas de P. G. et de pseudo-paralysie générale, ma statistique étant trop faible.

Parmi les autres affections avec W. +, signalons notamment la mélancolie (10 cas : 6,1 0/0), les démences artérielle et sénile (15 cas : 16,1 0/0), la démence précoce (20 cas : 15 0/0), le groupe des infirmités psych. (31 cas : 20,3 0/0). J'ai déjà signalé antérieurement l'importance pratique de

(1) Cénac. — Syphilis et troubles mentaux. *Bull. Soc. cliniq. méd. ment.*, mai 1923.

DIAGNOSTIC CLINIQUE	TOTAL	RÉACTION DE WASSERMANN		POURCENTAGE
		+	—	
Manie, états maniaques...........	93	4	89	4,3 0/0
Mélancolie	163	10	153	6,1 0/0
Confusion mentale, délires toxiques.	18	5	13	27,7 0/0
Démence précoce	133	20	113	15 0/0
Paralysie générale et pseudo-paral.	40	40	—	100 0/0
Epilepsie.........................	29	5	24	13,7 0/0
Paranoïa, délires systématiques....	36	5	31	13,8 0/0
Démences art. et sénile............	93	15	78	16,1 0/0
Dégén. mentale, infirmité mentale..	152	31	121	20,3 0/0
Total........................	757	135	622	17 0/0

Réact. de Wassermann positives : 135 cas : 17 0/0

l'infection dans ce dernier groupe, infection surajoutée évidemment aux troubles mentaux. Ces débiles, ces dégénérées, constituent de vrais foyers d'infection ; nous ne devons les remettre en liberté que « blanchis » ou en prenant des précautions suffisantes. Un grand nombre d'ailleurs sont des délinquantes. En ce qui concerne les autres groupes de psychoses, l'infection, dans certains cas, constitue un trouble surajouté ; dans d'autres cas (confusion mentale, démence artérielle et sénile, certains cas de démence précoce et de mélancolie), elle a constitué certainement un facteur d'aggravation où est la cause directe des troubles mentaux.

Que pouvons-nous conclure de ce court exposé ? C'est que l'infection syphilitique est un facteur pathogénique important dans les affections mentales. Il est donc nécessaire de la combattre. Mais ce traitement ne pourra être efficace que le jour où ces malades seront traités dès le début de l'affection, c'est-à-dire antérieurement à leur entrée à l'asile, alors que souvent ils ne manifestent encore que quelques symptômes transitoires, légers. Cette lutte nécessite, en somme, la création de dispensaires d'hygiène mentale, dispensaires qui pourraient être créés facilement, comme annexes à nos asiles. Ainsi nous aurons espoir d'améliorer l'avenir social de nos malades et surtout nous exercerons une action plus efficace dans leurs familles pour y faire de la prophylaxie et de l'hygiène mentale.

Urée sanguine, constante d'Ambard et régime hypoazoté chez les épileptiques

Par M. P. Hartenberg (de Paris)

M. P. Hartenberg (de Paris), désireux de contrôler l'opinion encore admise par certains auteurs que l'épilepsie pourrait être due à une intoxication par les produits de désintégration des protéines alimentaires, a soumis une série de malades à la triple épreuve du dosage de l'urée sanguine, de la constante d'Ambard et du régime hypoazoté.

Les résultats obtenus ont été généralement négatifs. Le taux de l'urée sanguine s'est toujours tenu à un chiffre normal, inférieur à 0,50. La constante d'Ambard a toujours révélé une élimination normale. Ces résultats sont en parfait accord avec ceux récemment publiés par Lennox, O'Connor et Wright.

En ce qui concerne le régime, les malades ont été soumis à une alimentation extrêmement rigoureuse, n'introduisant que quelques grammes d'albumine par jour dans l'organisme, ration très inférieure à celle indiquée dans les tables de régime classiques. Or, après un mois, le plus grand nombre n'était nullement amélioré et même quelques-uns d'entre eux subissaient une aggravation de leurs accidents. L'auteur pense que cette aggravation doit être attribuée d'une part à la faiblesse générale provoquée par l'insuffisance de protéines et d'autre part au surmenage et à la distension du tube digestif par une alimentation trop volumineuse et fermentescible. Il pense également que dans les cas publiés d'amélioration consécutive au régime hypoazoté, cette amélioration était due non pas à la suppression des protéines, mais à la suppression des putréfactions intestinales productrices de toxines épileptogènes, à moins qu'il ne se soit agi de cas exceptionnels d'épilepsie liée à l'insuffisance rénale.

De ces expériences, M. Hartenberg conclut que l'épilepsie ne paraît pas due habituellement à une intoxication par des produits de désassimilation des protéines alimentaires dont l'urée serait la cause ou le témoin.

Traitement de la Paralysie générale par l'inoculation de la Malaria Tierce

Par M. Aug. Ley (Bruxelles)

Le traitement de la Paralysie Générale éveille chez le médecin un certain scepticisme, imbu qu'il est de la notion classique que cette affection est incurable et mortelle.

Comment est née l'idée d'employer contre elle une thérapeutique basée sur l'hyperthermie ?

On avait signalé à diverses reprises que des paralytiques généraux s'étaient notablement améliorés après des infections avec fièvre comme des anthrax, une fièvre typhoïde, une pneumonie.

Et l'idée est venue à un psychiatre viennois *Wagner* de provoquer systématiquement chez eux des chocs hyperthermiques.

Il avait essayé dans ce but l'injection de tuberculine notamment, qu'il combinait au traitement mercuriel.

Wagner eut ensuite l'idée d'inoculer aux malades atteints de paralysie générale la malaria tierce. Pilcz résume son expérience à ce sujet dans un travail publié cette année même (1) et qui contient la bibliographie complète de la matière.

L'affection tout en provoquant des chocs hyperthermiques violents et répétés est bénigne puisqu'on peut la juguler facilement par la quinine.

Avant l'inoculation, il importe de s'assurer du diagnostic et de l'existence de toutes les réactions spécifiques classiques. Le malade doit avoir le cœur et les reins normaux et ne pas être à un stade trop avancé de déchéance physique.

L'inoculation se fait en prenant 2 à 3 cm^3 de sang dans la veine chez le malade fébricitant, mais en période apyrétique, et en l'injectant *immédiatement* et rapidement chez un P. G. amené au lit du malade. L'injection sous-cutanée se fait dans

---

(1) Prof. Pilcz. — Sul trattamento della paralisi progressiva con la malaria secondo v. Wagner (*Rinascenza Medica*, 15 février 1924).

la région interscapulaire en répartissant dans toutes les directions le sang sous la peau de façon à éviter la formation d'un caillot. Elle réalise véritablement une grosse piqûre de moustique. On garde le malade au lit et l'on prend sa température toutes les trois heures.

Les poussées thermiques débutent 7 à 9 jours après l'injection, parfois plus tard. On en laisse se produire 8, 10 à 12 si l'état du malade le permet. Puis on lui administre 1 gramme de sulfate de quinine, qu'on répète ultérieurement si nécessaire. La fièvre tombe et quelques jours après on peut commencer un traitement antisyphilitique (Salvarsan, Tryparsamide) qui est, en général, admirablement supporté après ces poussées fébriles. Si l'état du malade l'exige, on peut toujours donner la quinine après un temps plus court et la fièvre tombe immédiatement.

Le malade traité à la quinine est stérile au point de vue malaria et ne peut plus servir de source d'inoculation.

Pour la facilité de l'observation, j'ai dressé une fiche-type (minimum) qui peut servir d'indication dans le traitement de ces malades par l'inoculation malarique :

1. Nom du malage, âge, sexe.
2. Forme clinique.
3. Examen { Pupilles. / Troubles de la parole. / Mémoire de fixation. / Démence ?
4. Réact. B.-W. { Sang. / Liquide céphalo-rachidien. / Index de perméabilité.
   Cytologie du liquide (numération).
   Albumino-réaction, globulines.
5. Inoculation malarique le à heures.
6. Nombre de poussées thermiques { au-dessus de 39°. / au-dessus de 40°. / au-dessus de 41°.
7. Dates de l'administration de la quinine :
Quantités :
8. Traitement spécifique (Salvarsan, etc.). Dates :
Quantités :
9. Réactions et examen après le traitement (reprendre 3 et 4).
10. Tableau clinique après le traitement :

Un des résultats les plus remarquables du traitement pyrétique est la facilité avec laquelle les malades supportent ensuite le traitement spécifique, alors qu'il est classique de voir les traitements antisyphilitiques mal supportés en général par les paralytiques généraux. — Cette affection était même d'après Ehrlich une contre-indication formelle à l'emploi du Salvarsan et lorsqu'on parla au centenaire de Bayle (Paris, 1922) du traitement de la paralysie générale par les arsénicaux, Colin fit remarquer, non sans humour, à des thérapeutes trop enthousiastes, que ce devraient être aussi les cas aggravés par le Salvarsan dont on devrait rapporter l'histoire.

Nous avons pu employer aussi après l'inoculation malarique, le tryparsamide étudié par Brown et Pearce à l'Institut Rockefeller (1), mais son usage dans ces conditions est encore à l'étude.

Les résultats obtenus sont naturellement variables suivant les périodes de la maladie auxquelles le traitement est commencé.

En examinant les statistiques recueillies dans divers pays, en Autriche, en Allemagne, en Italie, en Hollande, on peut estimer que 40 0/0 des malades environ récupèrent une santé mentale suffisante pour reprendre la vie sociale et leurs occupations professionnelles.

Ce chiffre est impressionnant et bien supérieur à celui des rémissions classiques parfois observées au cours de la maladie.

L'avenir dira combien de temps ces rémissions durent. Pilcz en signale qui tiennent depuis dix et treize ans. La disparition des réactions humorales spécifiques n'est pas constante mais elle a pu être observée dans certains cas.

Le but de cette communication n'est pas de donner des résultats définitifs, mais d'attirer l'attention de nos collègues français qui n'ont pas encore que je sache utilisé cette méthode sur un nouveau procédé de traitement d'une affection réputée incurable et fatale.

***

Diverses questions accessoires se posent à propos de cette thérapeutique : on peut se demander si l'on ne va pas propager la malaria dans un pays où cette maladie a disparu. La chose

(1) Lorenz, Lœvenhart, Bleckwenn, Hodges. — The Therapeutic use of tryparsamid in neurosyphilis. (*Journal of the american medical asssociation*, 26 may 1923).

est peu probable vu les circonstances. Dans les contrées à anophèles on doit évidemment, de mai à novembre, protéger les lits des malades fébricitants par un moustiquaire.

La déclaration d'une maladie infectieuse provoquée dans un but thérapeutique et surveillée par le médecin ne doit pas être faite, au moins en Belgique, ainsi qu'il résulte d'informations officieuses du service d'hygiène de l'Etat belge.

Au point de vue médico-légal, la nouvelle méthode a de l'importance et doit nous rendre prudents dans l'affirmation qu'une affection mentale est incurable et définitive. Les dispositions prises par la famille lorsqu'on s'attend à une terminaison fatale peuvent se trouver singulièrement bouleversées par un retour inattendu du malade à la lucidité et à la santé.

La plus grande circonspection s'impose aussi dans la question si fréquemment soulevée du divorce pour cause d'aliénation mentale d'un conjoint.

Discussion :

M. Dardenne. — A la maison de santé de Dave, dans la période du 31 octobre 1923 au 9 juillet 1924, 57 P. G. ont reçu l'inoculation malarique à tout stade de l'affection et sans tenir compte de l'état physique du malade. Parmi eux : 1 n'a pas réagi ; 6 sont trop récents ; 8 sont décédés ; 21 sont améliorés ; 6 sont très améliorés ; 9 sont inchangés ; 6 ont un délire plus prononcé. La malaria est bien supportée par tous les malades (deux décès par ictus à la première poussée fébrile chez des malades cliniquement destinés à une fin prochaine). L'influence sur l'état général est favorable dans tous les cas (16 décès de non-inoculés contre 8 décès d'inoculés). Quant à l'état mental, un début d'amélioration suit la malaria dans la plupart des cas favorables ; mais l'amélioration peut ne se déclencher, et en tous cas augmente au cours du traitement par les arsénobenzols. Il semble que, appliquée en période d'agitation délirante, elle peut augmenter le délire en changeant sa forme.

Les arsénobenzols sont — après la malaria — admirablement tolérés à doses intensives. L'amélioration de la formule leucocytaire et de l'albumino-réaction du liquide C.-R. est immédiate. Les réactions B.-W. du sang et du liquide C.-R. s'améliorent progressivement pour arriver à 0, quelle que soit l'évolution de l'état mental.

Conclusion. — La malaria a une action propre sur l'évolution de la P. G., mais elle permet une cure intensive par les arsénobenzols qui, sans son intermédiaire, serait fatale aux malades. Il importerait de fixer nettement le début de la P. G. dont nous ne connaissons en réalité que la phase ultime, afin de préciser le moment où l'inoculation malarique devient la préface nécessaire à une cure non nuisible par les arsénobenzols.

M. Donaggio (de Modène). — Je n'ai qu'à confirmer les résultats obtenus par M. Ley. Je prie M. Ley de vouloir me dire si dans quelques cas il a pratiqué l'inoculation de la malaria tierce sans la faire suivre du traitement spécifique, et quel résultat il a obtenu dans ces conditions. Pour ma part, je me demande s'il est indispensable de faire suivre le traitement spécifique au traitement pyrogène selon l'indication classique. Pour ce qui me concerne, je tends à juger que l'on obtient un résultat meilleur en limitant le traitement à l'inoculation de la malaria. Pourvu que l'on doive l'amélioration des paralytiques généraux exclusivement à l'élément pyrogène, et tout en reconnaissant qu'on peut trancher assez facilement la malaria ainsi provoquée, il faut espérer que dans l'avenir l'on pourra substituer l'inoculation de la malaria tierce avec d'autres éléments pyrogènes qui ne donnent aucune préoccupation. Il faut reconnaître que jusqu'à présent les facteurs pyrogènes substitués à la malaria tierce ont donné des résultats remarquables mais inférieurs à ceux obtenus avec la malaria. L'amélioration des paralytiques généraux, même dans quelques cas où la maladie était assez avancée, est plus prolongée d'ordinaire que pendant les périodes bien connues de rémission, a pu être considérée surprenante par quelque auteur en vue des lésions profondes du système nerveux. A ce point de vue, qu'il me soit permis de rappeler que, pour ce qui a trait aux lésions cellulaires, même dans la paralysie générale, on a pu constater cette loi de la résistance du réseau neurofibrillaire endocellulaire que j'ai pu établir (1901-1904) : La neurofibrillolyse est un phénomène difficile à se produire dans les mammifères adultes, tandis que la chromatolyse se produit avec une extrême facilité. La résistance dans la paralysie générale du réseau neurofibrillaire endocellulaire — dont l'importance est démontrée par son rapport de continuité avec le cylindraxe — est un fait qu'on ne doit pas oublier vis-à-vis de la possibilité de l'amélioration des phénomènes morbides.

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux). — Nous avons en France, dès avant la guerre, précisément à l'occasion des insuccès, voire même des désastres occasionnés par les arsénobenzols à hautes doses, employé largement la méthode pyrétogénétique dans le traitement de la paralysie générale. Nous nous sommes adressés à la tuberculine selon la technique de Wagner. Le traitement a été utilisé seul sans adjonction de médication antisyphilitique. Les conclusions qui nous paraissent pouvoir être tirées de ces essais sont les suivantes, d'ailleurs rapportées en détail dans une communication du Congrès francopolonais de Varsovie (1920) : 1° Le traitement par la tuberculine est toujours bien toléré. 2° Les résultats les meilleurs sont obtenus lorsque la fièvre provoquée est très élevée. 3° Les éléments les mieux influencés sont le délire, l'agitation et la confusion surajoutées. 4° Les formes démentielles simples ne semblent pas accessibles à la méthode. 5° L'évolution de la maladie est prolongée. 6° Il ne se produit pas de guérison véritable, mais un ralentissement manifeste du processus morbide. 7° Dans tous les cas, on observe une amélioration marquée de l'état général même en l'absence de modification parallèle de l'état mental.

M. Anglade (de Bordeaux). — La tuberculine, à doses suffisantes, détermine des réactions d'hyperthermie chez les paralytiques généraux et des rémissions très importantes qui peuvent passer pour des guérisons au regard des personnes autres que le médecin traitant.

La proportion des rémissions m'a paru sensiblement égale à celle obtenue par l'inoculation de la malaria tierce, mais je dois dire que je n'ai pas obtenu comme M. Ley la stérilisation du liquide céphalo-rachidien ni même la disparition dans ce liquide de l'albuminose et de la lymphocytose.

J'ai, non pas abandonné, mais perdu une partie de ma confiance dans le traitement par la tuberculine, à cause des soucis qu'il m'a occasionnés. Les malades que je savais non guéris me demandaient de reprendre leur situation sociale et conjugale et je n'ai jamais cru pouvoir les déclarer guéris. D'où une situation inextricable.

J'essaierai la malaria avec l'espoir qu'il me sera parfois possible de certifier cette guérison.

M. Van der Scheer (de Santpoort). — Dans notre asile chaque cas de paralysie générale qui n'était pas trop avancée, a été inoculé. Nous avons injecté environ une quarantaine des cas. Il ne m'est pas possible de vous rapporter les résultats de chaque cas parce que des notes précises me manquent.

Nous pouvons constater déjà assez sûrement, que par cette méthode nous avons obtenu des améliorations remarquables et que ces résultats nous ont encouragés à traiter à l'avenir tous les cas de paralysie générale par l'inoculation de malaria tierce.

M. de Massary (de Paris). — Dans l'appréciation de la valeur d'un traitement contre la paralysie générale, il ne faut pas se fier aux données de l'examen du liquide céphalo-rachidien. Depuis une dizaine d'années, j'étudie, par des ponctions répétées, la variabilité de ce liquide dans certaines infections, tant au point de vue de la réaction lymphocytaire, qu'au point de vue chimique ; ne parlons que de la paralysie générale ; dans cette maladie, non traitée, les réactions histo-chimiques du liquide céphalo-rachidien sont des plus variables chez le même sujet ; souvent très fortes, elles sont quelquefois à peine accentuées ; fait curieux, ces variations ne correspondent nullement à l'évolution clinique ; chez un paralytique général, en pleine poussée évolutive, les réactions du liquide peuvent être à peine accusées ; chez un autre ou chez le même, en période de rémission, la réaction peut être massive. Dans deux cas, j'ai pu trouver un liquide normal pendant quelques semaines. De ces faits, deux conclusions s'imposent : en premier lieu, mes malades ne recevant aucun traitement, il ne faut pas conclure de l'amélioration d'une formule à une action thérapeutique favorable ; en second lieu, si des présomptions cliniques font craindre une paralysie générale, l'intégrité d'un liquide, constatée par une seule ponction, ne peut suffire à faire rejeter le diagnostic ; il faut des ponctions répétées pour approcher de la certitude.

M. Aug. Ley (de Bruxelles), répond à M. Donaggio qu'en effet, des améliorations dans les réactions sérologiques peuvent déjà se constater après la seule évolution de la fièvre mais que le traitement spécifique paraît cependant utile aussi.

Il considère comme des excès thérapeutiques, l'inoculation précoce de la malaria à des syphilis nerveuses. Au contraire

lorsqu'il s'agit d'une maladie incurable et fatale on ne peut assez recommander la méthode.

Il ne croit pas que les réactions sérologiques soient variables comme le prétend M. de Massary, elles lui ont paru au contraire d'une grande fixité dans la P. G. Lorsqu'elles disparaissent après le traitement, c'est une grosse victoire et il doute aussi que les variations dont parle M. de Massary, soient accompagnées de changements cliniques. M. Anglade croit que des méthodes pyrétogènes autres que la malaria peuvent être employées, mais il est incontestable que c'est la réaction malarique qui jusqu'ici s'est montrée la plus efficace chez le P. G. Pilcz a signalé des rémissions datant de dix ans.

Questions neurologiques précises à propos de « Matière et Mémoire » de Bergson

Par M. QUERCY (de Rennes)

On peut, sans le moindre appareil métaphysique, extraire de « Matière et Mémoire » des questions neurologiques précises ; en voici par exemple deux et je voudrais apporter sur elles l'avis des neurologistes aux philosophes.

1° En admettant qu'il y ait des centres imaginatifs (1), existe-t-il des fibres, nées dans ces centres et terminées dans les centres perceptifs correspondants ? Existe-t-il, notamment, une voie née dans une région telle que le « pli courbe » et terminée dans le « cuneus » ?

2° L'éveil des images exige-t-il, outre l'activité des centres imaginatifs, l'intervention des centres perceptifs, du cuneus par exemple ? La destruction des deux régions calcariniennes rend-elle impossibles les images, les hallucinations et les rêves visuels ?

Avant de détailler un peu, convenons de prendre pour exemple, non pas, comme Bergson, les souvenirs auditifs, mais les souvenirs visuels et admettons que les régions corticales plus particulièrement utiles à leur réveil puissent être désignées d'un mot, du nom de l'une d'elles, discutée, mais bien connue : le pli courbe.

Chez les classiques, les choses se passent de la façon suivante : l'objet excite la rétine, l'excitation se propage de proche en proche, elle atteint le cuneus et il se trouve qu'une sensation visuelle a lieu; elle atteint le pli courbe et une image s'éveille. On a:

Objet —➤ Rétine —➤ Cuneus et Sensation —➤ Pli courbe et Image

Voyons maintenant la traduction Bergsonienne des faits. L'objet extérieur agit sur la rétine, à la façon, dit Bergson, dont on agit sur un clavier, et, du clavier rétinien, l'excitation se propage au cuneus, dont les éléments, « les cordes »,

---

(1) Et non des centres d'images.

entrent en action et permettent à l'individu d'avoir des sensations visuelles. A ce moment, quand il s'agit de passer des sensations aux images, Bergson, au lieu de faire cheminer l'excitation du cuneus au pli courbe, va la faire cheminer en sens inverse et exposer une thèse célèbre. Pour qu'une image s'éveille, il faut qu'il existe, dans le monde de l'esprit, un « souvenir pur », indépendant de tout substratum spatial et qui, en quelque sorte « symétrique » de l'objet réel, joue le rôle « d'objet virtuel ». Cet être psychologique, cet objet virtuel agit sur le pli courbe comme l'objet extérieur réel agissait sur la rétine; le pli courbe est un « clavier » comparable au clavier rétinien et, disons-le en passant avec Bergson, il n'y a pas plus de raisons pour mettre les souvenirs dans le pli courbe qu'il n'y en a pour mettre les objets dans la rétine. Quoi qu'il en soit, quand le pli courbe, œil cérébral, clavier cortical a été convenablement touché par le souvenir pur, l'excitation se propage à la région calcarinienne ; là, les cordes qui vibraient tout à l'heure sous l'action de l'objet extérieur et du clavier rétinien, vibrent maintenant sous l'action du souvenir pur et du clavier du pli courbe: le souvenir s'est « actualisé ».

Objet extérieur → Rétine → Cuneus   Cuneus ← Pli courbe ← Souvenir pur
(Clavier)   (Cordes)   (Clavier cortical)   (Objet virtuel)
Sensation   Images

En langage neurologique actuel, cela signifie qu'il existe un faisceau de fibres qui ont leurs origines dans le pli courbe et se terminent dans le cuneus. Or, je n'ai pas trouvé l'affirmation précise de l'existence de ces fibres dans des classiques tels que Dejerine ou Cajal. Dejerine, dans les cas Jouan et Leudot, où il étudie les dégénérescences consécutives aux lésions du gyrus supra marginalis et du pli courbe, ne décrit aucune dégénérescence dans les fibres transverses du lobe occipital. Quant à Cajal, à propos de l'écorce optique, il écrit ceci : « la raie de Gennari contient d'autres conducteurs que les fibres optiques; il est possible que certains soient des fibres exogènes émanant de divers centres d'association ». Décrivant l'écorce olfactive, après avoir signalé des fibres dont les unes vont de l'hippocampe à la corne d'Ammon et des fibres qui vont de la corne d'Ammon à l'hippocampe, il élimine expressément et *a priori* l'hypothèse que ces deux circonvolutions pourraient être en relation réciproque. On sait enfin qu'il distingue, dans l'hippocampe, une partie antérieure pour les sensations olfactives et une partie postérieure

pour les souvenirs olfactifs; quant aux connexions de ces deux centres, il admet une voie du centre sensoriel au centre imaginatif, mais ne dit rien d'une voie inverse. Cajal et Dejerine semblent donc ne pas admettre l'existence d'une double voie entre les centres sensoriels et les centres sus-jacents alors qu'ils l'admettent fort bien entre le cuneus et le cerveau moyen ou entre le cerveau moyen et la rétine.

En résumé, la théorie bergsonienne des images paraît impliquer l'existence de fibres issues de centres dits imaginatifs et terminées dans des centres dits sensoriels. Si les neurologistes nient ces fibres et ne veulent connaître que celles qui cheminent en sens inverse, des centres sensoriels aux centres d'images, alors la théorie Bergsonienne devra se rabattre sur la conduction des neurones dans les deux sens, et si cet appui lui manque à son tour, nous resterons en présence d'une affirmation philosophique inaccessible aux neurologistes.

Sur la deuxième question, je pourrai être très bref. Nous avons vu que l'image Bergsonienne exige, pour s'actualiser, l'excitation même des centres qui assurent la sensation. Une image visuelle ne s'éveille que grâce à l'intervention du cuneus et la destruction de celui-ci doit supprimer les images visuelles. A ma connaissance, l'opinion neurologique n'est pas favorable à cette thèse. Dans les hémianopsies corticales, il pourrait y avoir, en plein « champ aveugle », vraiment aveugle, des hallucinations visuelles ; lors de cécité corticale complète, par destruction des deux régions calcariniennes, il pourrait y avoir des images, des hallucinations et des rêves visuels.

Conclusion. — On peut extraire de la neurologie bergsonienne, entre autres questions précises, les deux questions suivantes :

1° En admettant qu'il y ait des centres imaginatifs, existe-t-il des fibres, nées dans ces centres et terminées dans les centres sensoriels correspondants ? Existe-t-il par exemple, une voie, née dans un centre tel que le pli courbe et terminée dans le cuneus ? Des auteurs comme Cajal et Dejerine semblent répondre que non ou ne répondent pas.

2° L'actualisation des images exige-t-elle, outre l'activité des centres imaginatifs, l'intervention des centres perceptifs, du cuneus par exemple ? La destruction des deux régions calcariniennes rend-elle impossibles les images, les hallucinations et les rêves visuels ? Les observations d'hémianopsie et

de cécité corticale semblent, jusqu'ici, incliner à répondre par la négative à cette deuxième question.

On pourrait étudier ainsi l'Aphasie Bergsonienne, les hallucinations d'après Bergson, etc., et substituer aux effusions de certains une étude positive du Bergsonisme.

Discussion :

M. Hesnard (de Bordeaux) met en doute la légitimité de cette interprétation très libre du texte et de la pensée de Bergson. L'illustre auteur de l'Evolution créatrice ne peut avoir songé à localiser ainsi la sensibilité, ni à plus forte raison la perception ou l'imagination. Il n'a voulu considérer comme possible et admissible que la localisation des processus *moteurs* d'expression, en vertu desquels le souvenir pur s'actualise progressivement. Les idées de Bergson ne choquent aucune doctrine médicale contemporaine et ont fait faire à la question de l'aphasie un immense progrès en jetant les bases d'une théorie dynamique du langage.

M. Quercy (de Rennes). — La doctrine dont j'ai essayé d'indiquer les conséquences neurologiques se trouve notamment exposée à la fin du ch. II, de *Matière et mémoire*. L'exemple de Bergson est le souvenir auditif, et, pour des raisons anatomiques et cliniques évidentes, je lui ai préféré le souvenir visuel, plus favorable à la thèse bergsonienne.

Voici quelques citations: « La faculté de se remémorer des sons tels que les mots, intéresse d'autres parties de la substance nerveuse que la faculté de les percevoir. » — « L'audition mentale est abolie par une lésion déterminée du lobe temporal ». — « Les centres d'images, s'ils existent, ne peuvent être que les organes symétriques des organes des sens par rapport aux centres sensoriels ». — « Les centres sensoriels peuvent être actionnés, en quelque sorte, de deux côtés différents, par devant et par derrière. Par devant, ils reçoivent les impressions d'un *objet réel*; par derrière, l'influence d'un *objet virtuel* ». — « L'image auditive remémorée, met en branle les mêmes éléments nerveux que la perception », etc. (p. 137-141).

Quant à expliquer ce que Bergson entend par souvenir pur, image, centre sensoriel, centre imaginatif, un très long exposé y suffirait à peine et ne serait pas à sa place ici.

Essai de narcothérapie

Par MM. Louis Livet, Bonnet-Lemaire et Roger

La doctrine des crises en pathologie mentale n'est pas une conception nouvelle. Développée et mise en valeur par Esquirol, elle fut acceptée à peu près sans conteste par ses successeurs.

Morel distingue des crises morales et des crises physiques à la suite desquelles on peut voir se « juger » un accès de folie et des exemples nombreux viennent sous sa plume à l'appui de cette théorie. C'est une excitation maniaque guérissant à la suite d'un érysipèle du cuir chevelu, c'est une « manie aiguë » suivant la terminologie de l'époque *jugée* par un abcès de la fesse, ce sont des états délirants plus ou moins graves dont on voyait la guérison coïncider avec des exanthèmes, des pneumonies, des diarrhées dysentériformes. Une thèse de 1854, due au Dr Baume et portant sur « la guérison des maladies mentales » constate que « les crises sont « d'autant plus certaines dans leurs résultats que l'on a pu « faire marcher de front les éléments d'un traitement phy- « sique et d'un traitement moral ».

Plus loin, le même auteur observe très justement que toutes les variétés d'aliénation ne se prêtent pas aussi favorablement aux révolutions critiques de bonne nature.

Enfin tous les aliénistes de cette époque reviennent un peu sur l'exagération manifeste de la doctrine d'Esquirol qui voyait dans la crise la condition nécessaire d'une guérison solide de la folie.

Les aliénistes de notre époque ont pareillement consigné de nombreuses observations justifiant cette hypothèse. « Il est certain, écrit Régis, qu'on peut voir guérir une psychose même ancienne et réputée à peu près chronique, sous l'influence d'une maladie fébrile, d'une suppuration, etc... C'est d'ailleurs sur ce fait d'observation qu'on s'est basé pour appliquer aux psychoses le traitement par les abcès de fixation et celui par les injections de virus atténués. »

Rapprochons de ces faits les expériences de Julius Donath et de J. Lépine sur les injections sous-cutanées de nucléinate de soude dans le traitement de la paralysie générale, cette médication ayant d'ailleurs montré surtout de bons effets dans les psychoses infectieuses aiguës.

Tout dernièrement les essais d'inoculation de l'hématozoaire du paludisme aux malades atteints de paralysie générale nous semblent devoir rentrer dans le même cadre, celui du choc thérapeutique et de la résolution critique des psychoses.

Enfin Hartemberg s'est attaché après Hahnemann, mais à des doses nullement homéopathiques, à l'emploi de la strychnine dans les états mélancoliques, et ses observations confirment la nécessité d'arriver jusqu'à la crise toxique pour obtenir l'efficacité thérapeutique nécessaire; il a vu dans certains cas la guérison complète succéder à la crise nerveuse ainsi provoquée.

Il serait abusif de vouloir fixer un processus identique aux guérisons ainsi constatées. Certainement les chocs, qu'ils soient humoraux, infectieux, toxiques, physiques même, ont un mode d'action différent sur l'organisme, et d'ailleurs ils s'accompagnent de réactions différentes, thermiques, musculaires, viscérales, etc., mais un point commun les rattache, dont il nous est d'ailleurs impossible d'apprécier exactement la nature, c'est la modification profonde qui se manifeste par l'équilibre retrouvé de la neurotonie générale, équilibre que les recherches entreprises à l'heure actuelle sur l'anatomo-physiologie du système vago-sympathique permettront peut-être un jour d'expliquer.

Les notions précédentes éparses dans divers travaux nous paraissaient d'une matière propice aux recherches, mais, comme une synthèse imparfaitement ébauchée, attendant la cristallisation définitive de l'expérience personnelle.

Des circonstances fortuites vinrent nous apporter sur ce point les confirmations demandées :

1° En 1923, l'un de nous fut appelé d'urgence auprès d'un malade qui se trouvait dans le coma. Les anamnestiques permirent d'établir qu'il avait absorbé 8 heures auparavant le contenu d'un flacon de diallylmalonylurie, soit environ 6 grammes. Auparavant tourmenté par des questions d'affaires et des soucis de famille, ce malade était dans une anxiété profonde, et ce geste suicide, avait été provoqué chez lui par la tristesse et le désespoir. Le coma dans lequel il était

tombé se prolongea pendant 48 heures, et à plusieurs reprises, il donna à son entourage et ses médecins les inquiétudes les plus sérieuses. Enfin dans la nuit du 3[e] jour, il sortit peu à peu de sa torpeur, au matin nous le retrouvâmes souriant. l'œil vif, portant une attention très en éveil sur les allées et venues de sa chambre, se plaignant encore un peu de céphalée. Puis l'animation s'accentua, l'euphorie prit la place de la tristesse, et les propos enjoués et confiants se substituèrent aux plaintes et aux récriminations. Un état d'hypomanie franche apparut et se maintint en s'atténuant progressivement pendant 36 heures. Le calme de l'état normal revint par la suite et notre malade ne s'en est plus départi. Son activité sociale, son comportement général fut en tous points satisfaisant ; les mêmes difficultés d'affaires n'étaient pas solutionnées, mais notre homme les envisagea très lucidement et son courage lui permit de les surmonter sans nouvelle défaillance. Depuis 2 ans aucun état psychopathique ne fit chez lui son apparition.

Ce coma toxique formant le trait d'union entre deux états psychiques opposés avait vivement attiré notre attention, mais cet *accident* heureux ne pouvait nullement prétendre à la valeur d'une expérience.

Entre temps des recherches poursuivies depuis plusieurs années déjà sur les diverses toxicomanies nous avaient convaincu de l'utilisation thérapeutique possible des substances narcotiques ; nous ne faisions d'ailleurs en cela que suivre les directives tracées par d'illustres devanciers : Moreau de Tours, Morel, Michea, etc... Une particularité cependant ajoutait à l'intérêt des recherches antérieures ; c'est la valeur qui, d'après nos constatations, devrait s'attacher aux permanences post-oniriques d'ordre affectif ou idéatif. Sous forme d'idées fixes, de convictions, de modifications cœnesthésiques, les phénomènes de la narcose revivaient après le réveil, alors que le sujet avait repris sa vie normale ; ils se reproduisaient ainsi quelques jours durant, avec toutefois une atténuation progressive, avec, selon les sujets, selon le toxique choisi, selon le degré de l'intoxication, plus ou moins de persistance, plus ou moins d'intensité.

N'était-il pas possible d'utiliser les idées fixes ainsi créées pour influencer favorablement les processus psychiques d'ordre pathologique et, pour concrétiser les choses, ne pouvait-on pas supposer, par exemple, que le sentiment d'euphorie remarquable, la conviction de non-maladie développée

chez le sujet à l'occasion de la narcose, pouvait par la suite se cristalliser et même supplanter les idées morbides de la mélancolie, de l'obsession anxieuse, de la dépression neurasthénique ?

Une seconde observation devait bientôt fournir à notre étude un nouvel appoint.

2° Mme W., atteinte de cyclothymie dépressive, malaises hypocondriaques divers, idées de suicide, sitiophobie, fut présentée à notre examen en août 1923. Cet épisode mélancolique, le troisième depuis son enfance, durait depuis un mois sans modification appréciable ; les idées fixes de maladie inguérissable, de mort inévitable, hantaient sans répit son esprit ; elle s'isolait dans les recoins de son appartement et quelquefois même jusque dans les caves. Malgré la guérison obtenue par le Diallylmalonylurie chez notre précédent malade, il nous répugnait de répéter une expérience poussée jusqu'à ce degré de toxicité. D'autre part, notre attention se fixait sur un autre produit, le chanvre indien, dont la toxicité était relativement faible, qui se recommandait encore par l'absence d'accoutumance à son usage, et par le caractère nettement euphorique de la narcose qu'il provoquait. Les idées fixes post-oniriques devaient naturellement revêtir la même couleur euphorique et souriante ; enfin un illustre prédécesseur, Moreau de Tours, nous avait déjà ouvert la voie dans l'emploi thérapeutique de ce produit. Nous conseillâmes donc la teinture alcoolique au 1/5 (produit pharmaceutique imparfait), aux doses de 20 gouttes comme dose initiale, répétées par fraction de 10 gouttes deux ou trois fois encore à deux heures d'intervalle.

Le résultat obtenu fut un rêve prolongé mais sans sommeil proprement dit ; la malade extériorisait spontanément ses idées, ses impressions dans un sentiment général de bien-être et bonheur. A plusieurs reprises cependant les efflorescences oniriques se voilèrent de tristesse, mais le mari de notre malade qui la surveillait, ramena très facilement les pensées dans le cadre de la rêverie bienfaisante, la suggestibilité extrême étant une des caractéristiques de cette narcose.

Le lendemain et les jours suivants l'évolution prévue se confirma ; les préoccupations obsédantes se firent plus rares, les idées mélancoliques s'estompèrent, des reviviscences de l'onirisme firent encore leur apparition et la guérison fut amenée progressivement à la fin de la semaine. Ce cas différait notablement du précédent :

1° par l'absence de coma toxique.

2° par l'onirisme à teinte euphorique qui remplaça le coma.

3° par le retour graduel et non brutal à la santé et par l'absence de période hypomaniaque intercalaire.

Nous avions rencontré dans le mari de notre malade un aide intelligent qui avait su dominer l'onirisme toxique et le maintenir dans les chemins du rêve salutaire.

La préférence que nous avions donnée au cannabis se justifiait. Ce toxique, en effet, mérite d'être mieux connu ; on ne saurait trop réagir contre l'opinion abusive qui en fait un produit analogue à l'opium, à la morphine, à la cocaïne ; opinion dont les littérateurs sont en grande partie responsables mais à laquelle les médecins ne sont pas complètement étrangers ; j'ai pu me documenter sur l'usage du chanvre en Algérie, en Egypte, au Mexique, j'ai vu des individus ayant usé et abusé de la drogue ; la très grande majorité d'entre eux ne présentait aucune espèce d'accoutumance, aucun de ces états anxieux nés du besoin et qui rendent si redoutable l'usage des autres toxiques. Certains d'entre eux, ouvriers ou manœuvres, prenaient du chanvre pendant les jours de chômage ; ils cessaient d'en prendre aussitôt que le travail se présentait pour eux de nouveau et ne manifestaient aucun besoin de toxique par suite de la privation de leur drogue accoutumée. Il est exceptionnel de voir avec le chanvre une habitude se créer, et ce fait, quand il se produit, révèle l'intervention d'un autre toxique ou encore une disposition psychique particulière au malade plutôt qu'une caractéristique propre au médicament. Morel, dans son « Traité des dégénérescences de l'espèce humaine », fait le procès du haschich, aux mêmes titres qu'à l'alcool et à l'opium. Pour ces deux substances, des observations précises et des statistiques viennent corroborer son opinion. Pour le haschich, il en parle par ouï-dire et pour corriger l'opinion générale, trop indulgente à son avis, « que le haschich consommé dans des proportions modérées et dans des circonstances spéciales serait un agent assez inoffensif ». — « Nous ne saurions, ajoute-t-il, accepter une pareille manière de raisonner et l'objection qui se pose ici naturellement nous force à émettre *d'avance* une conclusion qui se déduira de nos études ultérieures. »

On ne saurait admettre intégralement un tel esprit de système et la condamnation sans autre forme de procès d'un remède dont on a pu reconnaître par ailleurs la grande efficacité. Combien plus équitable et plus prudent nous paraît le

jugement porté par Moreau de Tours dans une lettre à Morel : « Outre l'état habituel d'hallucination, écrit-il, que « l'extrait de chanvre indien produit chez *quelques individus,* « je pense que son usage prolongé finit par amener un état « de démence incurable. C'est le cas, j'ai du moins quelques « motifs de le croire, de certains individus que de mon temps « il n'était pas rare de rencontrer dans les villes de l'Egypte, « lesquels sont vénérés des populations comme de saints per- « sonnages, et qui ne sont autres que des individus tombés en « démence par suite d'abus du haschich, *me disait-on.* »

« Mais, ajoute-t-il, *était-ce bien le haschich seul* qui les « avait jetés dans cet état de dégradation physique et morale ? « *L'opium,* dont l'usage est également assez répandu dans le « Delta du Nil principalement, *n'y était-il pour rien ?... Je suis* « *très porté à le croire.* Ce qui est certain d'un autre côté, c'est « que *j'ai connu une foule de gens qui ont usé et abusé de la* « *drogue orientale sans que leur santé morale ou physique en* « *ait souffert d'aucune sorte.* »

Voici en définitive le seul jugement qu'une longue expérience autorisait. Sans doute, quelques dépravés peuvent rechercher ces plaisirs factices, mais leur curiosité se lassera d'autant mieux qu'elle n'est pas entretenue par un réel état de besoin, et que d'autre part la difficulté est grande d'acquérir ce produit par la voie paramédicale.

Avant de tenter un nouvel essai, nous avons demandé au Docteur L.-P. Roger de bien vouloir faire l'étude pharmacologique du haschich ? — Ce produit est, comme chacun le sait, un mélange complexe où le *Cannabis Indicá* tient la première place.

Il ne faut donc pas confondre, comme on le fait trop souvent, haschich et chanvre indien ; la loi française sur les stupéfiants enregistre de façon malencontreuse cette confusion en mentionnant parmi les toxiques du tableau B le haschich et ses préparations, et non pas le chanvre indien ; cette question de terme au surplus ne saurait abuser personne et l'usage de ces deux substances doit être rigoureusement subordonné aux exigences médicales.

Note pharmacologique sur le haschich et sur le chanvre indien

Le *chanvre indien* — *cannabis indicá* — est une plante qui croît surtout dans le nord de l'Afrique, en Arabie, en Chine, en Perse et aux Indes. Il est apparemment identique à notre

chanvre indigène mais ses propriétés particulières toxiques subsistent quel que soit le climat sous lequel on le cultive, alors que le chanvre indigène cultivé en Orient n'acquiert jamais les propriétés du chanvre enivrant. C'est donc bien une variété spéciale qui ne doit jamais être confondue.

L'étude chimique des éléments actifs de cette plante est encore assez imprécise.

D'après Scholb, Stradbury, Matthew Hay, elle renfermerait plusieurs alcaloïdes dont la Tétanocannabine. D'autre part, Merck prétend avoir retiré du haschich un glucoside, la cannabine, capable de former un tannate. — Enfin Smith signale que le *seul* principe actif serait la résine précipitée par l'eau de l'extrait alcoolique de *cannabis indicá*. Cet avis prévaut en France, où l'on admet que le principe actif est un phénol aldéhydique contenu dans cette résine. Des travaux actuellement en cours semblent devoir mettre prochainement un terme à ces incertitudes.

Pour des *fins thérapeutiques* on ne saurait préconiser l'emploi du haschich qui est un complexe variable d'extraits spéciaux de chanvre indien associé à des éléments hétérogènes divers. En effet, nous avons constaté nous-mêmes dans certains spécimens de *haschich authentique* la présence de sucre, d'aromates, de piment et parfois même de narcotiques tels que datura, opium, jusquiame, etc. Ces haschich qui se présentent sous forme de masse brun verdâtre, épaisse, d'odeur vireuse et aromatique, de saveur amère sont destinées à provoquer chez les individus qui le consomment des états cérébraux toxiques très appréciés dans l'Orient et l'Extrême-Orient, hilarité, ivresse, hallucination, etc.

Le caractère toxique en est très net dans le Dawamesk, qui en est un type très répandu et dilué. Il ne semble provoquer qu'une faible accoutumance chez les consommateurs malgré les traces d'alcaloïdes narcotiques hétérogènes qu'il renferme.

L'extrait correct pharmaceutique, c'est-à-dire l'extrait alcoolique ne donne pas cette accoutumance quoique fort toxique lui-même.

L'extrait *hydroalcoolique, l'extrait gras*, l'extrait éthéré, sont des préparations moins usitées et de moindre valeur.

La recherche d'une technique nouvelle pour l'utilisation des propriétés du chanvre indien s'impose car elles sont une puissante ressource dans un grand nombre d'affections organiques. Nous l'avons entreprise surtout en vue de préciser son action spécifique sur le système nerveux et plus particulièrement en

vue d'obtenir des efficacités toujours identiques utilisables en narcothérapie. Une macération à 50° C. de sommités fleuries récentes dans un véhicule constitué par une solution alcoolique de divers corps gras donne un liquide émulsionnable dans le lait qui précipite par l'eau une substance résinoïde de très grande activité médicamenteuse.

10 cc. de cette macération contiennent 0,14 à 0,15 de principes actifs ; 20 cc. absorbés par fractions de 5 grammes à des intervalles de temps de 10 minutes provoquent le plein épanouissement des actions excitantes utiles.

Avec ce produit d'un titrage beaucoup plus précis, nous avons tenté, MM. Bonnet-Lemaire, Roger et moi, une troisième expérience dont nous vous donnons le fidèle compte rendu.

Mme H... est une névropathe, basedowienne typique, présentant en plus un état de dépression psychique légère avec une prédominance d'obsessions anxieuses, le moindre bruit la fait sursauter et ce choc insignifiant s'inscrit en ébranlement douloureux persistant dans tout son organisme. Cet état d'hyperexcitabilité se traduit par une exagération du pouls qui est à 100, fréquemment à 120, par des tremblements, des sueurs, des spasmes viscéraux divers, de l'exagération des réflexes tendineux. Cette hyperneurotonie générale se vérifie encore par certaines méthodes de laboratoire : la sensibilité aux vibrations atomiques et la phosphénoscopie.

Le *1er test* révèle une sensibilité exagérée dans la perception des vibrations atomiques.

A) Carbone et plomb : positif.

B) Carbone et cuivre : positif.

C) Carbone et aluminium : positif.

2e test. Examen au phosphénoscope du Docteur Roger.

La réaction des nerfs optiques sous l'effet d'un éclairement violent (les yeux étant en vision panoramique) se manifeste par une alternance d'images lumineuses se succédant avec irrégularité. Elle caractérise un état d'hyperexcitabilité fonctionnelle nerveuse.

⁂

Le 12 juillet, à 9 h. du soir, la malade ayant l'estomac vide, prend 5 gr. de solution de haschich au 1/10, 5 gr. encore à 9 h. 55. Elle présente un facies vultueux, le débit animé, et un peu d'essoufflement et d'oppression.

Puis, à 10 h. 15, 35 minutes après une troisième prise, les

phénomènes narco-toxiques apparaissent, l'essoufflement a disparu, sensation de chaleur à la tête, de froid et d'engourdissement des jambes. Le débit se précipite, devient intarissable et se colore progressivement d'un euphorisme exubérant. Une nouvelle dose de 5 gr. d'extrait est absorbée vers 4 h. du matin.

Les symptômes subissent des recrudescences et des effacements alternatifs et par vagues ondulantes mais irrégulières. Grande loquacité non coordonnée. La malade dirigée dans son excitation psychique cherche à comprendre l'action bienfaisante curative du traitement. Les préoccupations s'amoncellent dans sa pensée, elle oriente sa conversation très décousue vers la crainte de ne pas guérir. Elle pense à sa famille et s'oriente dans une crise de pessimisme qui cesse dès que je lui demande de ne plus parler.

Après avoir absorbé de l'eau, la lucidité revenue cesse et l'excitation reprend orientée vers le désir sexuel — spasme — prostration consécutive.

Par la suite la conscience normale alterne avec la gaieté hilarante et confusionnelle. Au cours de celle-ci, la malléabilité psychique est grande et l'on essaye de l'orienter vers la conviction que toute surprise doit maintenant la laisser indifférente.

Jusqu'au matin, le même état d'euphorie intermittente se maintient. La malade rentre chez elle vers 5 heures du soir et les renseignements qu'elle nous donne par la suite sur son état sont les suivants : Pendant 3 jours environ, le mieux était indubitable, la malade n'avait plus d'obsessions anxieuses et se croyait guérie complètement, mais cette conviction devait s'estomper progressivement et se laisser remplacer à nouveau par l'anxiété.

Celle-ci est actuellement revenue en partie mais elle semble diminuée d'un 1/4 environ. Les tests neurologiques ont donné des résultats concordants. La sensibilité aux vibrations atomiques est un peu plus normale.

L'épreuve est toujours positive sur les extrêmes de la série (carbone et plomb), mais elle devient normale pour les métaux de vibrations atomiques plus rapprochées, carbone et cuivre et carbone et aluminium.

Enfin, au phosphénoscope, la régularité d'apparition des images est presque correcte. En somme, ces constatations permettent d'espérer, ainsi d'ailleurs que l'établit l'examen clinique, que la guérison est possible.

⁂

Tels sont, Messieurs, les résultats encore bien imparfaits de nos essais de narcothérapie. La thérapeutique des états mentaux est, croyons-nous, susceptible de s'enrichir d'un nouvel appoint qui ne demande actuellement qu'une plus grande précision pharmacologique et une plus abondante expérimentation clinique.

⁂

Les points importants d'une pareille recherche nous semblent devoir être :

1° La possibilité d'utilisation thérapeutique de certains narcotiques, qui, tels le haschich, sont dépourvus d'accoutumance chez la très grande majorité des sujets.

2° La malléabilité psychique extrême des états narcotoxiques qui laissent subsister en grande partie la conscience ; donc possibilité d'orienter le rêve sur un domaine psychique favorable.

3° La cristallisation prolongée du rêve euphorique prolongeant plus ou moins l'onirisme toxique véritable, et le caractère fortement convictionnel de ces états post-oniriques.

Représentation graphique de l'état mental des psychopathes

Par M. Crocq (de Gand)

Dans un article paru en février 1914 (1), MM. Gilbert Ballet et Génil-Perrin proposaient de représenter graphiquement l'état

		Orientation		Attention		Mémoire				Association		Affectivité		Activité
		Temps	Espace	Spontanée	Soutenue	Ancienne	Récente	Fixation	Evocation	Rapidité	Cohérence	Auto.	Hétéro.	
5......														
4......														
3......														
2......														
1......														

Fig. 1. — Tableau de Ballet

mental des déments sur le tableau suivant (fig. 1). Les auteurs accordaient 1, 2, 3, 4 ou 5 degrés à chacune des facultés et obli-

(1) Gilbert-Ballet et Genil-Perrin. — L'examen clinique du fond mental chez les déments (L'*Encéphale*, n° 2, 1914).

téraient les colonnes suivant la quantité correspondante de faculté *restée indemne*. Le schéma représentait donc, non pas l'altération des facultés, mais bien leur *état de conservation*. Voici les figures que donnaient les auteurs. (Projections).

On y voit notamment que, dans la démence précoce, l'affectivité est profondément atteinte, la mémoire étant bien conservée, tandis que, dans la démence sénile, c'est le contraire.

Je pense que cette méthode peut être appliquée à un grand nombre de malades, même non déments; en développant ce procédé, on peut l'appliquer couramment et obtenir un graphique très intéressant, résumant l'état mental du patient et donnant une impression très nette de sa maladie.

A cet effet, dès le mois de mai 1914, je présentais le tableau suivant aux médecins qui suivaient mon cours de perfectionnement à l'asile d'Uccle.

J'ajoute au tableau de Ballet le sens moral et les perversions intellectuelles ; je divise celles-ci en excitation, dépression, persécution, incohérence, confusion, impulsions, hallucinations, que je subdivise ainsi qu'il est indiqué dans mon tableau. J'ajoute aux deux colonnes de l'orientation dans le temps et dans l'espace, une colonne pour l'orientation autopsychique; je supprime aux 4 colonnes de la mémoire, les 2 correspondant à la mémoire de conservation et de fixation, difficiles à différencier en pratique; je divise l'activité, en physique, intellectuelle et automatique; je divise l'association des idées, en générale, jugement et imagination; je divise le sens moral suivant que le malade le manifeste en paroles ou en actions.

Je sépare mes colonnes concernant les facultés en deux parties : les inférieures divisées en 5 degrés, sont destinées à schématiser les atteintes en moins (hypo); les supérieures divisées en 3 degrés sont destinées à figurer les anomalies en plus (hyper). Il est évident, en effet, que, dans certains états mentaux, ces facultés peuvent être augmentées; j'en exclus l'orientation (fig. 2).

J'aurais pu multiplier le nombre de mes colonnes pour y représenter d'autres troubles mentaux tels que : interprétations, illusions, conscience, esthétique, émotivité, obsessions, personnalité, etc., mais j'ai cru devoir restreindre mon schéma aux manifestations morbides principales, me réservant d'indiquer dans l'espace libre en-dessous des perversions, les particularités supplémentaires dignes de remarque, telles que

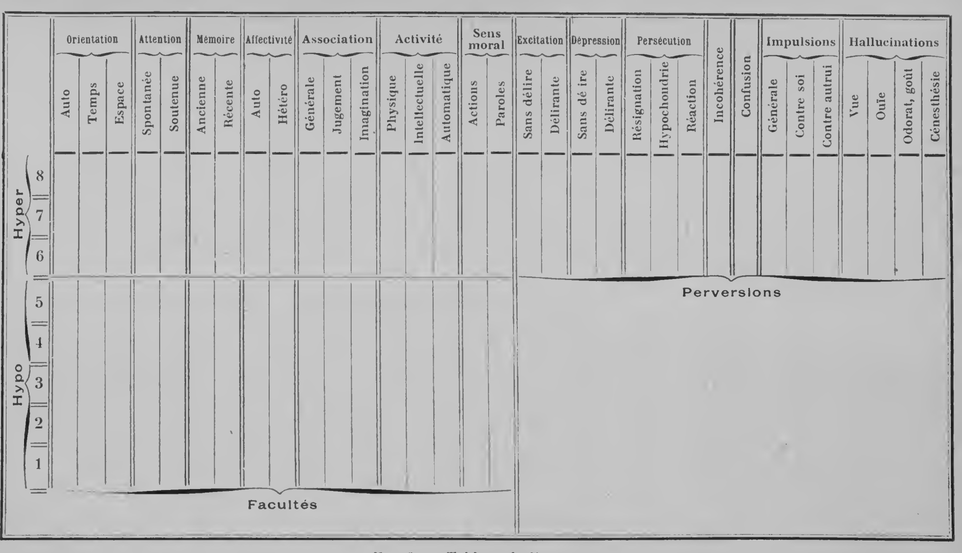


FIG. 2. — Tableau de l'auteur

nature des idées délirantes, réactions sérologiques, antécédents héréditaires et personnels, évolution antérieure, etc.

Au lieu de représenter sur ce schéma *l'état de conservation* des facultés, comme le faisaient Gilbert Ballet et Génil-Perrin, j'y figure *leur altération,* ce qui cadre avec les hâchures que je trace dans les colonnes réservées aux perversions qui, elles aussi, constituent des anomalies. Mon tableau, une fois dressé, représente donc les *altérations mentales* du malade.

Chaque malade ayant sa fiche, il est aisé de le classer dans telle ou telle catégorie : il est évident, en effet, que, bien qu'il y ait des différences entre les psychopathes atteints d'une même maladie, ces sujets présentent néanmoins des symptômes communs qui permettent de les rassembler sous une même étiquette. L'examen attentif des graphiques permettra de reconnaître ces manifestations communes et de dégager l'essence même du trouble mental.

Cette méthode m'a rendu de très grands services et je pense qu'elle est de nature à faciliter singulièrement le diagnostic des maladies mentales. Elle présente de plus une certaine importance au point de vue de l'enseignement psychiatrique, l'étudiant conservant, de ces clichés objectifs, un souvenir profond que ne lui fournira aucune démonstration verbale.

Voici quelques tracés (projections) :

Manie aiguë : On remarque la dissociation des orientations (conservées), de l'attention (quasi-anéantie) et de la mémoire (augmentée), l'exagération de l'auto-affectivité, la diminution de l'hétéro-affectivité, des associations d'idées sauf l'imagination, l'augmentation de l'activité, la diminution du sens moral. Du côté des perversions, nous observons : l'excitation délirante, l'incohérence, les impulsions, la réaction contre autrui.

Psychose alcoolique (*ivresse*) : Diminution des orientations dans le temps et dans l'espace, de l'attention, de la mémoire, de l'auto-affectivité, des associations d'idées, de l'activité intellectuelle, du sens moral. Augmentation de l'hétéro-affectivité, des activités physique et automatique: conservation de l'orientation auto-psychique. Excitation délirante, incohérence, confusion, impulsivité. En note : euphorie.

Psychose alcoolique grave : Diminution des orientations, de l'attention, de la mémoire, de l'hétéro-affectivité, des associations d'idées, de l'activité intellectuelle, du sens moral. Augmentation de l'auto-affectivité, des activités physique et automatique. Excitation délirante, réaction, incohérence, confusion,

impulsions générales et contre autrui, hallucinations visuelles, auditives et cœnesthésiques.

Mélancolie délirante : Conservation des orientations et du sens moral, diminution des attention, mémoire, associations, activités. Dépression délirante, confusion.

Mélancolie anxieuse : Etat mental analogue au précédent, sauf l'augmentation de l'activité automatique, une confusion plus marquée, des impulsions suicides, un certain degré de stupeur.

Systématisé halluciné résigné : Ce qui frappe et domine ici, c'est l'hyperfonctionnement cérébral : augmentation des attention, mémoire, auto-affectivité, association générale et imagination, activités. Diminution de l'hétéro-affectivité, du jugement et du sens moral. Excitation délirante, idées de persécution, résignation, hallucinations auditives, gustatives et cœnesthésiques.

Systématisé halluciné réactif : Etat mental analogue au précédent, sauf la réaction et les impulsions contre autrui.

Systématisé halluciné hypocondriaque : Même état mental que les deux précédents sauf que le sens moral est conservé. Les idées sont dépressives et hypocondriaques et les hallucinations sont seulement cénesthésiques.

Interprétateur résigné : Même état mental que dans les formes précédentes, sans hallucination, avec dépression et résignation.

Interprétateur réactif : Même état mental, mais excité, réactif, avec impulsions contre autrui.

Interprétateur revendicateur : Même état mental que le précédent, sauf un certain degré d'hétéro-affectivité.

Confusion mentale : Affaiblissement ou même abolition des facultés d'orientation, d'attention, de mémoire, d'affectivité, d'association, d'activité et du sens moral. Dépression délirante, confusion, impulsions générales et contre soi, hallucinations visuelles.

Démence précoce simple : Affaiblissement global de toutes les facultés, l'affectivité est la plus atteinte, la mémoire est la mieux conservée. Conservation de l'activité automatique, excitation sans délire, incohérence, impulsivité, rires, stéréotypies.

Démence précoce hébéphrénique : Même cliché, mais activités physique et automatique exagérées, excitation délirante.

Démence précoce catatonique : Atteinte plus profonde des facultés et particulièrement de l'affectivité, des associations et

des activités. Dépression, confusion, mutisme, négativisme, attitudes catatoniques, sitiophobie.

Démence précoce paranoïde : Ici, les facultés sont mieux conservées à part l'affectivité. Les orientations et l'association générale sont intactes ; l'imagination et l'activité sont augmentées. Excitation délirante, idées de persécution avec résignation, incohérence, impulsions générales, hallucinations auditives, gustatives et cénesthésiques.

Syphilis cérébrale, peut-être pré-paralysie générale : Légère diminution de la mémoire, de l'affectivité, et du sens moral. Augmentation de l'imagination, de l'activité. Excitation sans délire, euphorie, inégalité pupillaire, B.-W. pos., sang et liquide c.-r., lymphocytose, albuminose.

Paralysie générale : Atteinte plus profonde de toutes les facultés, sauf les activités physique et automatique qui sont augmentées. Excitation délirante, incohérence, mégalomanie, inégalité pupillaire, B.-W. pos., sang et liquide c.-r., lymphocytose, albuminose, dysarthrie, perte de l'auto-critique.

Paralysie générale dépressive : Même diminution des facultés, mais diminution des activités physique et automatique, dépression sans délire, hypocondrie, inégalité pupillaire, B.-W. pos., sang et liquide c.-r., lymphocytose, albuminose, dysarthrie, conservation de l'auto-critique.

Pseudo-paralysie générale : Même état mental que dans la paralysie générale euphorique, même état physique y compris le B.-W. positif du sang, du liquide c.-r., la lymphocytose, l'albuminose, la perte de l'auto-critique, mais pas de dysarthrie.

Démence sénile simple : Diminution globale de toutes les facultés, surtout de la mémoire des faits récents, sauf, l'auto-affectivité qui est augmentée; excitation sans délire, confusion, impulsivité.

Démence sénile paranoïde: Même état mental que ci-dessus, mais excitation délirante, idées de persécution avec réaction et incohérence, impulsions générales et contre autrui, hallucinations de l'ouïe.

L'orientation professionnelle des débiles mentaux

Par M. Alexander (de Bruxelles)

Le rapport de MM. Simon et Vermeylen, s'il est très complet au point de vue de l'étude de la clinique de la débilité mentale, est moins explicite au point de vue du traitement de cette anomalie. Certes, on a beaucoup travaillé dans ce sens, mais l'exposé détaillé d'une méthode médico-pédagogique de traitement de la débilité mentale reste à faire. Cependant, à mesure que se développent les dispensaires d'hygiène mentale, à mesure que se répandra l'idée de la base scientifique de l'éducation, on consultera davantage le médecin pour obtenir des indications précises de régime éducatif et de traitement.

Pour l'enfance anormale, les règles éducatives et les méthodes pédagogiques ne peuvent encore être considérées comme établies. Il est un domaine notamment, dans lequel la précision manque et c'est le domaine dans lequel il semble que le médecin psychiatre ou psycho-pédagogue soit le plus souvent consulté, c'est celui de l'orientation professionnelle.

En effet, dans l'état actuel des mœurs et des connaissances du public, en ce qui concerne l'éducation, c'est le plus souvent au moment où l'enfant va choisir une profession que le médecin est consulté et c'est à propos des insuffisants mentaux de toutes sortes que les questions se posent le plus fréquemment.

L'étude de ce problème est à ses débuts. Pour répondre aux parents, aux pouvoirs publics qui présentent des enfants à notre examen, nous pouvons envisager les questions en nous inspirant des conceptions les plus diverses. Il y a, cependant, quelques aspects de la question qui paraissent quelquefois négligés et qui méritent de retenir l'attention.

Tout d'abord pour étudier de façon complète l'évolution de l'insuffisance intellectuelle, il me semble que l'examen du débile mental adulte a une grande valeur.

L'étude de l'enfant restera toujours la source la plus importante de documentation et, le jour où l'on aura pu suivre dans

la vie, des enfants, dont on aura, de manière précoce, diagnostiqué l'état mental, les données obtenues permettront d'établir des règles précises pour leur éducation.

On peut cependant étudier le problème d'après d'autres données. Il est très suggestif d'examiner le *curriculum vitæ* des sujets qui, vers la trentaine ou la quarantaine, révèlent une débilité mentale des plus nette.

Nous voyons pareils sujets dans les consultations des dispensaires d'hygiène mentale où ils se présentent pour des affections intercurrentes ou pour d'autres motifs qui n'ont pas de rapport direct avec leur état psychologique.

L'examen du niveau mental dans un autre milieu nous a permis des constatations. Dans les prisons, on retrouve un certain nombre de débiles mentaux à des degrés divers.

Une constatation surprenante peut être faite par ceux qui sont à même d'examiner un grand nombre d'adultes n'ayant jamais été soumis à un traitement psycho-pédagogique particulier, c'est qu'une très grande proportion de ces débiles mentaux n'ont pas, au point de vue professionnel ou autre point de vue social, été aussi anormaux que l'on eût pu s'y attendre.

Nous avons eu l'occasion de voir des sujets de l'espèce qui étaient parvenus à maintenir ou à créer des situations satisfaisantes dans la petite industrie, dans le commerce même et dans certaines branches artistiques.

Sans doute, leur intelligence reste inférieure de beaucoup à la moyenne; cependant, ces individus sont arrivés à créer et à élever une famille et très souvent, à vivre normalement et sans nuire à autrui.

L'âge mental, le niveau mental, ne sont pas des éléments suffisants pour établir le pronostic ou pour choisir une méthode de traitement.

Il y a donc lieu, lorsqu'on s'occupe de l'éducation du débile mental et plus particulièrement de son orientation professionnelle, de tenir compte d'autres données, que de son intelligence proprement dite; il y a lieu de tenir compte de façon beaucou plus importante qu'on le fait actuellement, du caractère.

N'oublions plus que, dans l'école pour normaux, comme dans la classe pour anormaux, l'éducateur, pour agir sur ses élèves, pour adapter à chacun d'eux la méthode qui convient à sa personnalité, tient compte beaucoup plus de leur état affectif et tout particulièrement de leur caractère, que de leur état mental proprement dit.

C'est de façon toute empirique et souvent inconsciemment,

que le maître se sert de cette étude. Il est à espérer qu'elle deviendra plus méthodique; aussi, ne pouvons-nous que nous associer au vœu de W. Boven, qui dans le livre jubilaire, récemment dédié à Constantin von Monakof, parlant de la classification actuelle des caractères, demande que l'étude en soit reprise d'après les observations recueillies suivant un plan bien précisé.

D'ailleurs, la distinction que MM. Simon et Vermeylen, proposent d'établir entre les différents débiles mentaux, repose beaucoup plus sur des traits de caractère que sur des données intellectuelles proprement dites.

L'instabilité, la satisfaction de soi-même, la vanité, les tendances facétieuses se retrouvent chez les sujets d'intelligence normale et même d'intelligence au-dessus de la normale, tout autant que chez les débiles mentaux. Il est d'ailleurs aisé de constater que la plupart de ces termes sont ceux-mêmes dont on s'est servi, depuis Fouillée, dans la classification des caractères.

C'est en se basant sur le caractère de l'enfant ou de l'adolescent que l'on peut espérer qu'il tirera parti des ressources intellectuelles dont il dispose et qu'il arrivera à mener la vie sociale normale.

Il importe donc d'en arriver à séparer l'étude de l'intelligence proprement dite, de l'étude du caractère. De la sorte, les données acquises pour les normaux pourront être plus exactement appliquées aux déficients et vice-versa.

C'est précisément, parce qu'on manque d'une séméiologie précise et d'une terminologie généralement admise en matière de caractères que l'on ne parvient pas à s'entendre sur l'importance de la forme d'activité mentale pour la détermination de la méthode pédagogique à suivre, de l'orientation professionnelle à donner.

Or, s'il faut douter de la possibilité du développement de certaines intelligences, il paraît bien démontré par les observations de débiles mentaux adultes et d'anormaux placés dans des conditions particulières, que, dans une certaine limite, les caractères peuvent se modifier de façon très utile au point de vue social.

Si l'on veut avoir une action sur le caractère ou tout au moins sur les manifestations sociales de ce caractère, il faut, s'inspirant des méthodes actives d'éducation, se servir de l'orientation professionnelle de manière plus utile qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Il semble qu'un grand nombre de psychologues s'intéressant à l'orientation professionnelle estiment que, en dehors des conditions économiques et du milieu, il ne faut tenir compte, lorsqu'il s'agit d'orienter des sujets quelconques vers une profession, que des aptitudes du sujet.

Une tendance très fréquente est de baser le choix d'une profession uniquement sur les possibilités actuelles du sujet évaluées d'après un examen par tests plus ou moins complexes.

On s'efforce de choisir l'enfant pour la profession plutôt que de choisir la profession pour l'enfant. Cependant, le travail que l'on fait effectuer à un sujet, a le plus souvent une importance très grande sur la formation ou sur l'adaptation au milieu de son caractère.

Lorsqu'on dit : tel enfant a un niveau mental donné, il a telles caractéristiques sensorielles, il est donc bon pour tel apprentissage, on ne semble pas tenir compte de l'orientation de tout l'enseignement vers les méthodes actives; il me semble plus juste de raisonner comme ceci: cet enfant a tel trait de caractère, il a telle déficience à laquelle on peut espérer qu'il suppléera si les conditions de son milieu l'y engagent. Telle de ses déficiences peut être améliorée ou compensée. Il faut donc choisir un apprentissage demandant un effort tel que le sujet soit amené à exercer de lui-même ses compensations et à développer dans la mesure de ses moyens, ce qui peut être développé dans ses aptitudes.

L'étude de l'orientation professionnelle de débiles envisagée de ce point de vue, peut, me semble-t-il, conduire à des résultats pratiques directs et efficaces.

En conclusion, deux ordres de recherches apporteraient plus de clarté dans la détermination des méthodes à employer pour l'orientation professionnelle des adolescents et plus particulièrement des débiles mentaux. D'abord une étude clinique des caractères; en second lieu, une étude systématique des différentes professions et des spécialités des diverses professions au point de vue de l'action qu'elles peuvent exercer sur le caractère de l'individu.

III. COMMUNICATIONS NEUROLOGIQUES

La syphilis neurotrope

Par MM. A. Marie et Levaditi (de Paris)

Le Dr Marie expose dans une communication avec projections la conception générale du neurotropisme des virus. Il récapitule les recherches expérimentales poursuivies depuis 1906 avec Levaditi à Pasteur, en ce sens.

Les inoculations aux animaux (lapins et singes) de virus neurotrope et dermotrope; les expériences d'immunité croisée et de non immunité au virus P. G., malgré immunité au virus dermique, font l'objet de présentations et de projections.

Il termine en rattachant ce dualisme des virus à la nécessité d'une thérapie spéciale du virus P. G. par les antisyphilitiques associés aux procédés pyrétogènes pour atteindre le virus des centres nerveux.

Discussion :

M. Ern. de Massary (de Paris). — La communication très intéressante de M. Auguste Marie rouvre la question de la parasyphilis et de la syphilis. La différence clinique entre les accidents parasyphilitiques et les accidents syphilitiques est tellement nette que maintenant encore nous acceptons les idées de Fournier, notre grand observateur, qui n'eut qu'un tort, celui de créer le mot malheureux de parasyphilis. Tous ces accidents sont syphilitiques. Mais la différence clinique tient à la différence de localisation du spirochète, comme je le disais dans un article de la « Presse médicale » vers 1898, avant la découverte du spirochète, puis au « Congrès international de Londres de 1913 », enfin aux « Réunions neurologiques de Paris de 1920 », la différence entre les accidents syphiliti-

ques et les accidents parasyphilitiques tient uniquement à la localisation différente du spirochète. Dans les tissus remplaçables, nous sommes puissamment armés: nous pouvons arrêter et guérir une gomme ou une artérite ; dans les tissus irremplaçables, telles que les cellules nerveuses, nous sommes presque désarmés; si nous pouvons quelquefois tuer les spirochètes qui nous sont accessibles, et arrêter l'évolution d'un tabes par exemple, nous ne pouvons reconstituer les éléments nobles atteints.

Cette façon de comprendre la parasyphilis, qui a été défendue par mon éminent ami Sicard aux Réunions neurologiques de Paris en 1920, avec son talent habituel, me paraît, pour le moment, expliquer d'une façon suffisante l'apparente contradiction qui existe entre les accidents syphilitiques, curables par nos moyens habituels de traitement, et les accidents parasyphilitiques, qui offrent, pour ne pas dire plus, une résistance anormale à ces mêmes moyens thérapeutiques.

M. Rodolphe Ley (de Bruxelles) cite le cas de 3 médecins, infectés en même temps à la même source et qui ont tous trois fait des syphilis nerveuses ; deux sont morts de P. G., le dernier est tabétique.

M. Alexander (de Bruxelles). — Sans vouloir rouvrir le débat sur le mécanisme pathogénique de la P. G., puisque M. Auguste Marie a résumé, avec une autorité impressionnante, les arguments des partisans du neurotropisme, je crois utile de signaler que les expériences que nous avons pu faire à Bruxelles confirment, à nos yeux, une autre théorie. D'après les travaux de Dujardin, notamment, il semble établi qu'il y a, dans les réactions humorales, une distinction profonde à établir entre syphilis allergique et anallergique. C'est sur cette distinction que, à nos yeux, il faut baser la différence entre syphilis et parasyphilis.

M. Anglade (de Bordeaux) considère que les paralytiques généraux ont une syphilis particulière, souvent méconnue, longtemps silencieuse, et qui est différente de celle des artérites, des gommes, etc.

M. Crocq (de Gand). — La théorie du neurotropisme est des plus séduisantes et il faut reconnaître que, plus on observe attentivement, plus on rencontre des exemples confirmatifs. Si la littérature médicale n'est pas aussi riche qu'elle le devrait, c'est, en grande partie, à cause du fait que les syphilis nerveuses sont tardives et que la date de contamination du premier infecté remonte souvent à une époque beaucoup plus éloignée que la contamination du second. Ce fut le cas, notamment, pour un paralytique général que j'eus en traitement à Uccle il y a une dizaine d'années : sa femme refusa de laisser pratiquer l'analyse du sang. Cette femme m'arriva, cette année, en pleine évolution de P. G.. Elle me dit, en bafouillant, qu'elle était atteinte de la même maladie que son mari et qu'elle avait eu grand tort de ne pas laisser examiner son sang autrefois. Sa conscience morbide était parfaite, les symptômes cliniques et sérologiques étaient au complet et la malade mourut à la suite d'ictus successifs. Ce cas confirmait l'idée que je défendais au Congrès de Luxembourg, à savoir que la conservation de la conscience de l'état morbide ne peut servir de critérium diagnostique entre la P. G. véritable et la pseudo-paralysie générale. Cette femme, infectée dix ans après son mari, était atteinte de syphilis cérébrale dix ans plus tard.

Un second cas impressionnant est celui de ce tabétique que j'ai présenté à la Société de Neurologie : au cours d'un travail de plafonnage, cet homme fut atteint de la pénétration d'une parcelle de chaux dans l'œil gauche : ne parvenant pas à extraire le corps étranger, il fit appel à un camarade qui, après des essais infructueux, enleva le plâtre à l'aide de sa langue. Trois semaines après, un oculiste diagnostiqua un chancre syphilitique de la paupière supérieure, et quinze ans plus tard, le tabes était en pleine évolution. D'autre part, le sujet infectant mourut, quatre ans après l'inoculation, interné et paralytique général.

J'ai observé une quinzaine d'exemples de transmissions neurotropiques analogues et, je le répète, j'ai l'impression que nous en rencontrerions beaucoup plus fréquemment si nous pouvions suivre les cas de plus près.

M. René Charpentier (de Paris). — A propos de ce qu'il appelle d'un nom qui n'est plus guère employé aujourd'hui, des pseudo-paralysies générales, M. le Professeur Crocq

estime que la conservation de la conscience de l'état morbide ne saurait être un élément du diagnostic différentiel de la paralysie générale et d'autres états démentiels. Il est tout au moins nécessaire d'insister sur la rareté de la conservation de cette conscience dans la démence paralytique. Et il convient de remarquer qu'il s'agit beaucoup plus d'une semi-conscience sans retentissement vrai sur l'émotivité.

Le bismuth associé à la leucopyrétothérapie dans le traitement de la paralysie générale et du tabès

Par MM. A. Marie et V. Kohen

Depuis que MM. Sazerac et Levaditi ont fait connaître les propriétés tréponémicides du bismuth nous avons été parmi les premiers à essayer ce produit à l'asile Ste-Anne dans la syphilis nerveuse, diffuse ou localisée.

Les quelques résultats encourageants observés par nous dans ces affections, résultats confirmés par les réactions biologiques faites en série, nous ont incités à chercher un moyen capable de sensibiliser les centres nerveux à l'action du bismuth : nous eûmes recours, dans ce but, à la leucopyrétothérapie préconisée dès 1911 par le Prof. Wagner qui l'associait au mercure ou au salvarsan.

Nous substituâmes dans la formule de Wagner à ces derniers produits le bismuth, doué d'un plus grand pouvoir de pénétration dans les centres nerveux et comme tel, susceptible de fournir un pourcentage de rémissions supérieur à celui obtenu par le psychiatre viennois et ses collaborateurs.

Depuis octobre 1922 nous avons soumis à un traitement consistant en une moyenne de 40 piqûres (20 de tuberculine à doses croissantes alternées avec 20 de bismuth à faible dose) plus de 70 paralytiques généraux, la plupart à la période d'état de leur maladie : sur 43 d'entre eux ayant fini leur traitement depuis 2-3 mois, nous avons observé 25 rémissions. Celles-ci consistent en disparition du délire et des troubles du jugement, du tremblement, de l'insomnie, de l'agitation, du signe d'Argyll avec retour de la mémoire et de l'auto-critique : ces malades deviennent aptes, pendant un temps plus ou moins long, à reprendre leurs occupations.

La durée de ces rémissions peut être éventuellement prolongée, en cas de menace de rechute, par une nouvelle série d'injections de bismuth et, en cas d'insuccès, en associant de

nouveau la leucopyrétothérapie à ce produit. Il y a toutefois intérêt à ne pas refaire d'injections pyrétogènes avant qu'un délai d'au moins six mois se soit écoulé depuis la fin de la première série de piqûres de ce genre.

Nous avons utilisé les propriétés pyrétogènes de la tuberculine, du lait stérilisé ou du nucléinate de soude, le premier de ces produits nous ayant fourni les accès fébriles les plus nets (à des doses variant d'un quart de milligramme à un, deux ou trois grammes).

Le bismuth a été employé surtout sous forme de sels insolubles (succinate, hydroxyde) ou précipité dans du sérum physiologique ou de l'huile (Néo-Trépol, Oléo-Bismuth) ; sous cette forme, le bismuth, comme l'ont démontré dernièrement Lacapère et ses collaborateurs, a l'avantage d'être résorbé et éliminé beaucoup plus lentement que sous la forme soluble, (cette dernière pouvant être utilisée de préférence dans les cas où l'on cherche une action rapide aux périodes du début de la syphilis). Ce produit, injecté le lendemain de chaque piqûre de tuberculine ou de lait à des doses de six à douze centigrammes selon le poids du malade, ne nous a jamais causé d'ennuis : nous n'avons jamais observé de réaction d'Herxheimer, ni de stomatite, ni d'aggravation des lésions rénales, hépatiques ou aortiques préexistantes.

Nous avons soumis à ce traitement, sans aucune différence. tous les P. G. entrés à l'asile, sauf ceux qui refusaient les piqûres ou qui étaient *in extremis*. La mortalité des malades ainsi traités n'a pas dépassé 10 0/0 alors que ceux non traités parmi lesquels, il faut le reconnaître, les plus avancés et les plus faibles succombaient pendant le même laps de temps dans une proportion de 60 0/0.

Naturellement, un malade a d'autant plus de chances de retirer un bénéfice appréciable de cette médication qu'il est plus jeune et moins affligé de tares organiques. Dans ces derniers cas, nous pouvons être presque certains d'obtenir quelque amélioration à la période d'état, à moins que le P. G. n'ait été soumis dans les deux années précédentes à un traitement aussi énergique qu'intempestif par des injections intra-veineuses d'arsénobenzènes à fortes doses.

Dans plusieurs cas de tabes soumis à ce même traitement, dont un datait de 23 ans, nous avons obtenu d'excellents résultats : disparition des douleurs fulgurantes et ostéocopes,

des crises gastriques ou viscérales, des troubles de la locomotion, amélioration qui se maintient depuis.

Dans les autres formes de syphilis nerveuse, cette thérapeutique nous a donné des résultats plus rapides et plus complets que l'emploi du bismuth seul.

Nous nous permettons de vous présenter un P. G. en rémission typique, traité de janvier à avril dernier et quelques courbes de température de P. G. dont le traitement a été suivi de rémission.

En somme, le traitement que nous venons d'exposer nous a permis d'observer près de 50 0/0 de rémissions plus ou moins nettes dans la P. G. et d'excellents résultats dans le tabes et d'autres formes localisées de la syphilis nerveuse.

En aucun cas, la maladie n'a été aggravée par cette médication qui, presque toujours, améliore le cas même lorsqu'il n'est pas susceptible de rémission.

Quelques tests biophysiques utilisables dans les états neuropathiques

Par MM. ROGER, Louis LIVET, BONNET-LEMAIRE

L'état de fatigue musculaire est une chose indispensable à préciser en qualité et en quantité, et jusqu'ici les moyens de les qualifier et de le mesurer sont certainement insuffisants. Le dynamomètre enregistreur du Professeur Ch. Henry permet d'établir en fonction d'un effort maximum soutenu, et du temps une courte caractéristique très intéressante qui tient compte à la fois, et de l'effort musculaire et de l'effort de la volonté. C'est un appareil de haute perfection trop peu connu. Nous en avons fait une relation chiffrée lors de notre communication à la Société de Médecine de Paris.

Un nombre important d'expériences consécutives a confirmé les résultats décrits à cette occasion. Mais il importait d'apporter les précisions d'un autre ordre pour éclairer mieux encore la question, et nous les signalons ici à l'attention des expérimentateurs.

1° Mesure de conductibilité plasmatique (Méthode du pont de Kohlrauch) (1). Elle s'effectue ainsi : 3 cc. de sang défibriné par agitation avec des perles de verre et décantés par centrifugation sont placés dans la cuve à électrodes de platine, disposée elle-même dans le circuit du pont. Une boîte de résistance de 0 à 10.000 ohms est intercalée en opposition.

La technique habituelle de cette expérience permet de mesurer la conductibilité spécifique du plasma.

Expérience : Un sujet normal et vigoureux donne lieu à

---

(1) Pont de Kolrauch est constitué par un fil métallique formant résistance et tendu sur une règle graduée, un secteur en relation avec un microphone et un autre point du circuit se déplace le long de ce fil. La cuve a électrode et la boîte de résistance sont installée dans le circuit. Suivant la résistivité propre de la solution placée dans la cuve, le microphone perçoit un bruit, ce bruit cesse : 1° Quand on déplace la corne le long du fil et d'une longueur suffisante ; 2° quand on intercale une résistance suffisante.

l'état de repos, à un prélèvement de sang au niveau de la céphalique.

Ce sang soumis à la mesure décrite donne le chiffre de conductibilité spécifique C.

Le même sujet est soumis à un travail mesurable en Kilogrammètres (Ergographe de Mosso) et égal à T.

Un prélèvement de sang de même quantité donne lieu à une mesure nouvelle C^1 dont la valeur est plus grande que dans la première mesure et exprime que : $C^1 = C + R$.

R représente l'accroissement de la conductibilité correspondant au travail T.

Cet accroissement de conductibilité est dû aux ions H libres fournis au sang par l'acide lactique.

Le même sujet est soumis de nouveau au même travail T.

La mesure de son sang exprimera une valeur C^2 plus grande encore que la conductibilité spécifiée ; on aura $C^2 = C^1 + R^1$ et l'on notera que $R^1 < R$.

La marche de l'expérience se poursuit vers un terme que limite l'épuisement musculaire du sujet et donne la formule générale :

$$C^n = C + R + R^1 + R^2 + ...R^n$$

Les valeurs $R — R^1$, R^2..... R^n portées en abscisses et les valeurs T de travail portées en ordonnées permettent d'établir une courbe de même ordre que la courbe dynamométrique et de caractériser l'effort d'un sujet donné.

Des expériences effectuées sur les urines et aux mêmes phases expérimentales donnent des chiffres et une courbe de même sens... permettant d'établir un quotient :

$\frac{\text{Conductibilité urinaire}}{\text{Conductibilité sanguine}} = q$ dont la valeur donne la possibilité de suivre avec exactitude le développement des phénomènes physiologiques qui accompagnent l'effort musculaire et la fatigue.

⁂

Un autre test, non moins important est constitué par la mesure de la *résistance globulaire* c'est-à-dire *de la résistance des hématies à l'hémolyse.*

On sait qu'à 37° dans une solution de NaCl à 9 p. 1.000 le globule rouge n'est hémolysé que très tardivement, que dans l'eau distillée le globule rouge est hémolysé instantanément.

Si dans des tubes à expériences numérotés de 1 à 20 on dispose de 10 cc. de solution de NaCl de titre décroissant de 9 p. 1.000 à 1 p. 1.000 et si dans chacun d'eux on ajoute 1 goutte de sang, l'hémolyse totale pour le sang d'un sujet déterminé à l'état de repos s'effectue dans la 1/2 heure à un tube déterminé renfermant une solution dont le titre caractérise la résistance globulaire du sujet.

Nous avons procédé à des expériences en série pour des hommes normaux 1° à l'état de repos, 2° après un effort musculaire mesuré.

Les résultats expérimentaux se présentent ainsi — pour un travail de même capacité kilogrammométrique effectué en série : temps de travail, temps de repos, — jusqu'à épuisement.

La résistance globulaire croît légèrement tout d'abord pour décroître très rapidement jusqu'à l'effort limite. Elle se traduit par des courbes qui sont également caractéristiques de phénomènes physiologiques qui doivent être approfondis. Nous les avons étudiées quant à nous à l'occasion de diverses méthodes physiothérapiques préconisées pour la récupération de l'énergie musculaire.

Rayons U. V. — Applications au sept points de fatigue de compresses de solution hydro-alcoolique de cyclanols polyméthyléniques, ayant des constantes physiques déterminées qui les rendent capables de modifier le rayonnement cutané individuel.

Nous avons constaté que ces agents permettaient de conserver au sujet ayant atteint le point de fatigue, une valeur de résistance globulaire plus importante que lorsqu'ils n'ont pas été soumis à l'un ou l'autre de ces traitements.

***

L'épreuve de la conductibilité plasmatique est assez délicate et nécessite un appareillage coûteux et encombrant : le pont de Kolrauch, mais le test de la résistance globulaire à l'hémolyse est un test vraiment clinique simple et à la portée de tout praticien.

L'action antinévralgique des médicaments d'ordre végétatif

Par M. Orzechowski (de Varsovie)

Les observations que je veux relater ici concernent des cas de douleurs d'origine nerveuse contre lesquelles les antinévralgiques usuels, les narcotiques et tous les procédés empruntés à la thérapeutique physique se sont montrés inefficaces. Il s'ensuit donc que tous ces cas étaient d'une chronicité nette au moment où nous eûmes à les observer.

Mes épreuves thérapeutiques ont eu pour base une série d'observations faites au cours des crises tabétiques. Un de ces cas démontra toujours pendant ses crises gastriques une coloration rouge du front et du nez ; les symptômes de Gräffe et de Dalrymple, de la tachycardie et le réflexe oculo-cardiaque d'accélération du pouls. Ces manifestations sympathiques se produisaient au début de la crise et disparaissaient dans les pauses du calme. La pilocarpine injectée à la dose de 0,5 à 1,2 cg. provoqua une cessation presque momentanée des crises et des symptômes irritatifs du sympathique concomitants. Un effet analogue se produisait aussi après le rhodasile administré par la bouche, moins efficaces étaient les autres drogues de l'ordre sympathicoparalysant à savoir la papavérine et la caféïne appliquées par voie sous-cutanée. Les injections de pilocarpine eurent aussi souvent, comme effet, la régulation des selles et de la miction. L'atropine, l'ergotine, la morphine et son dérivé, enkodal (Merck), n'avaient pas d'effet sédatif ni provocateur des crises.

Les médicaments de l'ordre végétatif n'ont influencé nullement les douleurs lancinantes.

L'efficacité surprenante des vagotonisants et des sympathicoparalysants dans les crises tabétiques et dans un cas de causalgie traumatique sur lequel je reviendrai encore, m'ont donné la suggestion de les essayer aussi dans les cas de douleurs démontrant des liens de parenté clinique avec les causalgies classiques, et résistant à toute médication. Les résultats ont surpassé mon attente.

Il s'agissait dans mon premier cas d'une névrite du nerf médian avec aspect symptomatologique similaire aux cas décrits pendant la guerre par le Prof. Pierre Marie et Mme Athanassio-Bénisty. Il y avait 0,30 0/0 de sucre dans l'urine. Les douleurs survenaient surtout lorsque la malade se trouvait dans le décubitus horizontal et ne lui permettaient de dormir un peu pendant la nuit que dans la position assise, dans un fauteuil. Les douleurs étaient augmentées par le toucher de la main, et obligeaient la malade à éviter toute occupation. Un soulagement notable suivit la première injection de pilocarpine, et le sucre disparut des urines. Cette amélioration progresse après chaque injection. Après la quatrième, la malade commença à pouvoir dormir dans son lit et c'est du huitième jour que data le rétablissement durable. L'action de la pilocarpine dans ce cas peut être qualifiée de miraculeuse.

Dans le 2[e] cas il s'agit d'un homme de 69 ans. Les douleurs datant de quelques années se localisaient au commencement dans le bras gauche pour se répandre lentement à l'extrémité supérieure entière. Les douleurs sont cuisantes, brûlantes, elles s'exacerbent en attaques à l'occasion de l'éternuemnt ou d'un pas imprévu, mais lorsque le malade est debout ou même quand il marche un peu prudemment, il n'éprouve presque rien d'anormal. C'est seulement la position horizontale et la position assise, avec le dos appuyé, qui occasionnent les douleurs continues. C'est pour cela que depuis longtemps il passe ses nuits dans un fauteuil portant l'attention à ce que son corps soit penché en avant. Mais il est souvent réveillé par les douleurs, il lui faut ensuite marcher dans la chambre pour les calmer. En somme, il ne peut dormir plus de 3 heures. Il s'agit d'un vieillard vigoureux chez lequel on trouve peu de choses à l'examen. L'articulation du bras s'est montrée normale, mais les muscles périarticulaires sont un peu contracturés. Trois doigts du côté cubital sont plus pâles, à l'épidermie grêle et luisant, les articulations interphalangiennes de tous les doigts sont un peu plus gonflées, on trouve une atrophie discrète du premier interosseux, une légère diminution de la sensibilité sur toute la main. Tous les réflexes de l'extrémité malade sont affaiblis.

J'ai soupçonné une causalgie atypique par radiculite du plexus brachial ayant en vue le caractère cuisant des douleurs, l'inefficacité de la thérapeutique, la dépendance de l'al-

gie presque exclusive de la position du corps, les troubles légers, mais incontestables de la vasomotricité et de la nutrition. Enfin l'état psychique du malade confirmait le diagnostic de causalgie : le rétrécissement du psychisme du malade qui ne s'occupait plus que de la nature, de l'évolution et du traitement de sa névralgie. Le traitement pilocarpiné installé chez ce malade effectue un soulagement dès la première injection. L'amélioration progressait lentement après chaque injection — il en recevait deux par 24 heures — ; après la 6e dose le malade commença à dormir alternativement dans un fauteuil et au lit. Après quelques jours on remplaça une injection de pilocarpine par deux pillules d'ésérine à 0,5 mg. — cette combinaison paraissant accélérer les progrès de l'amélioration. Un mois après le commencement de la cure, le malade se sentait entièrement rétabli et dormait normalement.

La troisième malade, de 57 années, souffrait depuis 7 mois d'une arthrite légère du bras qui n'occasionnait de douleurs qu'à l'occasion de certains mouvements. Outre cela, la malade avait des douleurs pénibles de nature indéfinissable dans toute l'extrémité supérieure, le cou et la partie supérieur du thorax, du côté de l'articulation affectée. Ces douleurs n'attaquaient la malade que depuis le moment où elle se couchait et la privaient des premières heures du sommeil. Le tableau symptomatique était tout à fait réduit : on ne constatait qu'un abaissement léger de la sensibilité pour les piqûres et le froid à la surface du corps où siégeaient les douleurs et une exagération marquée de l'excitabilité mécanique des deux nerfs cubitaux. Les épreuves de Daniélopolu décelèrent une hypovagotonie près du tonus sympathique normal. Après quelques injections de pilocarpine la malade était délivrée de sa névralgie. Il ne lui restait que les douleurs arthritiques qui ne la faisaient pas beaucoup souffrir et ne troublaient pas son sommeil.

Je n'ai eu aucune raison de considérer les douleurs nocturnes de cette malade comme des douleurs pithiatiques. L'insuccès de toute autre médication, même directement suggestive, l'action antinévralgique de la pilocarpine dans ce cas, un peu compliqué et de symptomatologie objective très réduite, me fit porter le diagnostic d'une causalgie atypique, larvée.

A côté de ces 3 cas de douleurs causalgiformes, j'ai observé un effet extraordinaire de l'action pilocarpinée dans un cas désespéré de causalgie typique du membre inférieur, causée par lésion du sciatique par coup du feu. Aussi dans ce cas l'effet de la première injection fut évident. Les douleurs, l'abasie et les troubles psychiques assez graves (indifférence totale à l'exception du complexus algique, grosses lacunes amnestiques) disparurent après environ 3 semaines de traitement. Cette action anesthésiante de la pilocarpine dans les cas de causalgie traumatique a été déjà observée chez nous par Mackiewicz qui l'utilisait pour différencier les causalgies vraies pouvant bénéficier de la sympathectomie de Leriche des autres douleurs, névralgiques au sens strict du mot. D'après moi la pilocarpine est non seulement un anticausalgique puissant, mais administrée systématiquement, elle peut amener de véritables guérisons définitives qui, dans ces cas, rendent l'opération de Leriche superflue.

Je ne dispose que de deux observations de claudication intermittente traitées d'une manière prolongée par pilocarpine seule ou en combinaison avec de l'ésérine. L'effet fut évident bien que de beaucoup plus faible que dans les autres cas. Mais comme l'observation de ces cas est de date récente, je ne puis pas conclure d'une façon affirmative à une amélioration durable.

J'ajoute que de même que pour les douleurs causalgiformes, on peut voir des succès pilocarpinés dans quelques cas de sciatique. Ces cas d'une symptomatologie un peu spéciale mériteraient d'être groupés séparément comme sciatique à type causalgique. L'action anesthésiante immédiate de la pilocarpine, l'aggravation des symptômes après l'adrénaline représentent dans ces formes des épreuves d'une valeur différentielle.

Je veux ajouter pour terminer que l'administration de pilocarpine et des sympathicoparalysants apaisa sensiblement les douleurs nocturnes de syringomyéliques, mais il fallait ordonner un traitement prolongé parce que les douleurs récidivaient, et changer les médicaments dont l'effet s'épuisait progressivement. Ici de même, le succès des médicaments de l'ordre végétatif marquait la provenance symphatique des douleurs (lésion des centres sympathiques de la substance grise postérieure et intermédiaire).

Conclusions

1. Dans les *crises viscérales* des tabétiques s'accompagnant de symptômes sympathiques irritatifs, rebelles aux antinévralgiques et aux narcotiques usuels, la *pilocarpine* et le *rhodazile* se sont montrés d'une valeur sédative. Ce même effet, mais dans un degré moindre avaient : la *papavérine* et la *caféïne.*

2. La pilocarpine est non seulement un anesthésique puissant des *douleurs des causalgiques traumatiques,* mais elle peut les amener même à la guérison complète. Le traitement esquissé ci-dessus se recommande à titre d'épreuve contre les douleurs accompagnant les *paralysies et les contractures physiopathiques* de Babinski et Froment.

3. Il y a des *névrites et des névralgies spontanées démontrant des liens de parentés avec les causalgies* de guerre typiques. L'application de la pilocarpine donne ici des résultats antalgiques et même des guérisons durables. Cet effet de la pilocarpine a, dans ces cas, une grande *valeur pour le diagnostic différentiel.*

4. Il y a une *forme causalgique de la sciatique* se prêtant bien au traitement antalgique avec les vagotonisants et les sympathicoparalysants.

5. Dans les douleurs des *syringomyéliques* la pilocarpine donnait un effet immédiat, de même le rhodazile soulageait les malades, mais avec le temps il se produisait de l'accoutumance.

6. L'effet médiocre mais indubitable de la médication pilocarpinée-sympathicoparalysante dans les deux cas de *claudication intermittente* devrait encourager à poursuivre ces tentatives de médication végétative de cette affection.

7. La tolérance des injections de pilocarpine dans les cas appropriés, c'est-à-dire dans les cas des douleurs à l'origine sympathique-irritative, était parfaite et générale, celle de l'ésérine plus individuelle. L'état de l'irritation sympathique, au commencement de l'affection, local, semble donc produire avec le temps un état de sympathicotonie générale, tout au moins un état d'abaissement du tonus vagal.

8. L'action antinévralgique de nos médicaments est *élective.* En particulier l'action de la pilocarpine est indépendante de son action sudative et dérivante.

Discussion :

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux). — Les recherches de M. Orzechowski ouvrent une voie pleine de promesses. Il y a intérêt à chercher la sédation de la douleur par des médicaments autres que les analgésiques usuels. Nous avons, à Bordeaux, recherché l'action de l'adrénaline dans les crises douloureuses des tabétiques. Ce produit injecté par voie hypodermique à dose d'un quart de milligramme en solution au 1/1000 répétée de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à 1 milligramme et quart de produit actif amène dans plus des trois quarts des cas la disparition des douleurs. Des travaux parallèles sur l'action de l'adrénaline dans les céphalées ont été poursuivis par notre confrère Vergely et publiés récemment, comme les nôtres, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

A propos des syndromes bulbaires d'origine vasculaire. Quadriplégie bulboprotubérantielle en régression chez l'enfant

Par MM. R. Nyssen et L. Van Bogaert (d'Anvers)

Un certain nombre de syndromes bulbaires et protubérantiels relèvent de la pathologie vasculaire. La thrombose ou l'embolie est susceptible en cette région de créer une série de tableaux cliniques très divers, depuis le syndrome de Babinski-Nageotte jusqu'à l'hémiplégie cérébelleuse.

Les syndromes *bulbaires graves* sont presque toujours mortels, et on en compte relativement peu dans la littérature neurologique.

Nous apportons un cas de quadriplégie avec atteinte bilatérale de divers nerfs craniens, syndrome d'*origine vraisemblablement thrombosique* et dont le malade, non seulement survit, mais s'*améliore* depuis plus de trois ans. C'est à ces divers points de vue que nous en publions l'observation :

Observation : Grippe à l'âge de treize ans.

L'affection actuelle remonte à trois ans. A ce moment, le malade, âgé de 14 ans et demi, a fait une pleurésie non purulente. Un mois et demi plus tard le syndrome bulbaire s'installe brusquement.

On observe une quadriplégie complète en quelques jours : le bras puis la jambe droite sont atteints le plus rapidement. Le malade se plaint, en outre, de céphalée et les parents remarquent les troubles de la phonation et de la déglutition. Pendant quelques mois la céphalée frontale persiste avec intermittence, il y a des insommies, des vertiges et une irritabilité très marquées. Environ un an après l'installation des premiers troubles, il est venu se présenter à notre examen.

On observe, à ce moment, une exaltation généralisée des réflexes tendineux, surtout à droite, avec des deux côtés clonus du pied et de la rotule, cutané plantaire en extension. Légère atrophie au membre supérieur droit.

Parésie de la langue avec hémiatrophie gauche.

Parésie du voile du palais, des deux faciaux inférieurs, surtout à droite, avec insuffisance de la fermeture de l'œil droit.

Troubles de la déglutition, sialorrhée, rire non spasmodique.

Les bruits du cœur sont sourds, pouls faible, pas très accéléré : 85.

Cyanose très marquée des deux mains. Etat général très entrepris.

Le second examen a été fait trois ans après le début de l'affection. Etat général très amélioré. Le malade travaille comme garçon brasseur. Hémiatrophie et retard du développement des membres droits. L'atrophie musculaire est proximale aux membres supérieurs, globale aux membres inférieurs, raccourcis d'un centimètre au moins. Les périmètres sont, au bras droit : 22,23, à gauche: 23,25. Raccourcissement de 3/4 de centimètre. Pour la jambe les périmètres sont, à droite : 29,42, à gauche : 32,44.

Les réflectivités idiomusculaires très nettes aux membres supérieurs, abolition de celles-ci aux membres inférieurs, tête et thorax.

Les réflexes tendineux exagérés et semblables aux membres supérieurs sauf pour le tricipital droit, plus brusque. Aux membres inférieurs, les achilléens et rotuliens sont exagérés à gauche.

Double Babinski et Oppenheim. Les réflexes crémastériens et abdominaux vifs.

Légère dysmétrie aux membres supérieurs.

Conservation de toutes les sensibilités sauf anesthésie thermique du voile.

Pour les nerfs craniens : anisocorie au repos particulièrement dans l'état de dilatation pupillaire. Pupille gauche plus petite, fente palpébrale moins tonique. Réflexes iriens vifs.

Moindre résistance des ptérygoïdiens droits.

Hémiparésie très nette du facial inférieur droit, du paucier droit. Déficit très net du paucier gauche. Facial supérieur intact.

Hémiparésie du voile droit. Abolition des réflexes vélo-palatins et pharyngiens. Voix nasonnée, parole légèrement respiratrice.

Le sterno droit aminci dans le tiers inférieur de ses chefs claviculaires et sternal. Les trapèzes sont de même force et de volume égal.

Hémiatrophie linguale gauche avec mouvements de bascule de la langue vers la moitié gauche du plancher buccal et vers l'arrière. A la palpation les muscles de la moitié gauche du plancher sont plus amincis. Propulsion de la langue avec déviation de la pointe à gauche. Translation vers la droite parésiée.

Le R. O.-C. donne un ralentissement de 20 pulsations.

Examen viscéral : Rudesse respiratoire du sommet et du tiers supérieur du poumon gauche. A la radio : les plages pulmonaires

sont zébrées par des traînées de péribronchite, particulièrement denses dans le lobe inférieur droit où un éventail de Kiernon-Duram joint le hile à la coupole diaphragmatique de ce côté. Le sommet gauche est brouillé et ne s'éclaire pas à la toux. Opacité diffuse du tiers moyen du poumon gauche. Médiastenite postérieure et adénopathie hilaire.

Cœur petit, médian, très pulsatile, de diamètre normal, pouls 96, P. A. mx. 13, mn. 7. Mauvaise adaptation fonctionnelle et insuffisance cardiaque à l'épreuve de Lian.

Wassermann négatif. Réaction de fixation de Besredka très positive.

Il s'agit donc d'une quadriplégie avec atteinte à gauche de l'hypoglosse, à droite du trijumeau, du glossopharyngien et du spinal. Le nerf facial est intéressé des deux côtés, mais surtout à droite. Une légère atteinte des voies cérébelleuses (nystagmus dans l'extrême regard gauche, dysmétrie aux membres supérieurs), des troubles sensitifs dissociés de la muqueuse du voile du palais (anesthésie thermique du voile) complètent le tableau clinique.

1° L'intégrité du facial supérieur, la quadriplégie et l'hémiatrophie linguale de type nucléaire nous font situer la lésion dans la région bulbo-protubérantielle.

2° Le syndrome s'est installé en quelques jours sans troubles prémonitoires d'ordre cérébral et il se caractérise d'emblée par de la quadriplégie, de l'aphonie, des troubles de la déglutition et des deux muscles faciaux. Ce début soudain et gardant dans sa brusquerie une certaine progression est caractéristique des ramollissements par thrombose. Des cas analogues au nôtre ont d'ailleurs été publiés par différents auteurs. La plupart de ces observations concernent des thromboses artérielles syphilitiques tôt ou tard mortelles ; seuls, en 1920, Charles Foix et Bouttier ont publié deux cas avec survie. L'un est assez superposable au nôtre : ce malade présentait une quadriplégie avec aphonie, impossibilité de la déglutition, paralysie vélo-palatine et laryngée bilatérale et des troubles de la sensibilité thermique du voile. On voit combien cette observation se rapproche de la nôtre. Il existe donc, à côté des formes mortelles de thrombose basilaire, une forme moins grave avec possibilité de survie et même d'amélioration. Chez notre malade, on observe une récupération fonctionnelle presque complète du facial, de la marche et des forces segmentaires des membres. La déglutition et la phonation sont beaucoup moins troublées qu'au début.

En outre, l'atteinte parcellaire des paires craniennes reconnaît une même origine que la faculté de récupération fonctionnelle. Duret et Shimamura ont montré la variabilité de l'irrigation du pont et l'existence d'une circulation complémentaire. Tandis que les lésions pédonculaires ou bulbaires inférieures réalisent une symptomatologie clinique assez constante, les lésions de la protubérance aboutissent à des complexes cliniques très différents, où l'atteinte des noyaux gris se panache très irrégulièrement au déficit pyramidal cérébelleux et sensitif. Cette variabilité presque anarchique manque dans les tumeurs et les syndromes progressifs, comme la paralysie glosso-labio-laryngée, et elle a une valeur réellement étiologique. Elle est conditionnée évidemment par la nature même et l'évolution des thromboses.

2° Parmi les troubles sensitifs on observe à la fois, dans le cas de Foix et Bouttier et le nôtre, une anesthésie thermique du voile. Déjà Monakow, Wallenberg, Déjerine et Winkler avaient établi la signification localisatrice de la dissociation sensitive du type syringomyélique dans la lésion de la protubérance. D'autre part, Pierre Marie et ses élèves ont montré la fréquence des troubles thermiques dans les lacunes protubérantielles et insisté sur la régression rapide des troubles sensitifs au cours des lésions de la protubérance, même quand le déficit initial a été tout à fait global. Or, nous présentons ce malade trois ans et demi après le début de l'affection. Son anesthésie thermique n'est probablement qu'un dernier témoin d'un syndrome sensitif initialement plus complet.

3° Tous les cas antérieurs, en particulier ceux de Foix et Bouttier, concernent des artérites syphilitiques. Dans le nôtre rien ne nous autorise à admettre cette étiologie. Le début se place au lendemain d'une pleurésie suspecte et, actuellement, l'examen clinique, radiologique et humoral indique une imprégnation tuberculeuse certaine. Nous nous demandons si ces faits ne permettent pas d'établir un rapport étiologique entre la thrombose protubérantielle et l'infection primitive. Sans préjuger de cette étiologie exclusivement tuberculeuse, nous croyons cependant que l'histoire, la symptomatologie et l'évolution de ce cas le classent dans le groupe des hémiplégies doubles d'origine bulbo-protubérantielle, dont il constitue un assez rare cas, curable et régressif.

Traitement du goitre exophtalmique par les rayons Ultra-violets et les vibrations à basse fréquence

Par M. Livet (de Paris)

La thérapeutique du grand et du petit basedowismes a été l'objet, dans ces 20 dernières années, d'un grand nombre de travaux. Les modes de traitement issus de ces études ont eu des fortunes diverses. Il nous a paru intéressant d'apporter au Congrès une contribution à ces recherches : ce sont les observations résumées de deux femmes, petites basedowiennes, traitées récemment par les rayons U.-V. et les vibrations à basse fréquence, l'une de ces malades est guérie et l'autre grandement améliorée ; on a toutes raisons d'espérer, pour cette dernière, une guérison à une date rapprochée.

Obs. I. — Mme T..., 23 ans. Névropathe héréditaire : mère névropathe, père diabétique. Elle-même présente la constitution émotive : à la moindre contrariété, et même sans raison apparente, accès de colère, pleurs. Depuis 2-3 ans, développement thyroïdien nettement apparent à droite, moins accusé à gauche. Légère exophtalmie ; tremblement des mains ; tachycardie (92 pulsations). Poids : 49 k. 700 ; taille : 1 m. 65. Le mois dernier, elle a perdu 1 kilo 1/2 en 15 jours. Tension artérielle max. (au Pachon) : 11. Extension minima : 6. Indice oscillométrique : 1.

Le traitement consistera en irridiation locale et générale d'une gamme de Rayons ultra-violets, sélectionnés selon la technique du Dr E. P. Roger (1) et en application, sur la 4e vertèbre cervicale, d'un appareil donnant des vibrations de l'ordre des vibrations acoustiques, à savoir : 2 à 3.000 par minute.

On commence par ce dernier agent physique.

Du 17 au 27 mai 1924, il est fait à la malade cinq applications par semaine. La durée de chaque séance est de 7 minutes.

Le 27 mai, première application de Rayons ultra-violets, d'une durée de 5 minutes sur la région cervicale antérieure.

(1) Cette technique permet d'utiliser le phénomène de Stokes. Pour la portion de Rayon U. V. de longueur d'onde très courtes. y p. 3.

Du 28 mai au 2 juin, application quotidienne de l'appareil vibrateur sur la 4[e] vertèbre cervicale.

2 juin. — Fréquence du pouls : 74 ; Tension maxima : 13 ; minima : 7,5 ; Indice oscillométrique : 2. Nouvelle séance d'ultra-violets, suivis d'application vibratoire.

Les 3, 4, 5, 6 juin : irradiation d'ultra-violets. A la séance du 4, selon la technique précitée.

Chacune de ces séances est suivie d'une application du vibrateur.

Du 7 au 14 juin, interruption du traitement, en raison de l'époque menstruelle.

Le 14, diminution notable du volume du corps thyroïde, diminution qui s'annonçait dès la dernière semaine du mois.

Du 14 au 30, les séances d'ultra-violets sont suspendues ; tous les 2 ou 3 jours, application du vibrateur.

Les 2, 18 et 22 juillet, irradiation générale d'ultra-violets.

Entre ces séances, on intercale 3 application du vibrateur par semaine.

Au cours du traitement, l'exophtalmie, le tremblement des mains, la tuméfaction thyroïdienne, la tachycardie ont progressivement disparu. Le poids a augmenté de 2 kilogr. L'instabilité du caractère, les réactions névropathiques se sont amendées. L'humeur est calme et gaie. Tension max. : 13 ; Tension minima : 8 ; indice oscillométrique : 3. Fréquence du pouls : 66.

Obs. II. — Mme P..., 38 ans.

1 enfant. — Névropathe ; migraineuse. Dans son enfance, fut atteinte d'un lupus facial guéri par une méthode que la malade ne peut préciser. Accès de migraine fréquents. Les paroxysmes sont à peu près hebdomadaires ; ils s'accompagnent souvent de vomissements. Depuis 2 ans, hypertrophie thyroïdienne, particulièrement accusée à droite. Dans l'hiver 1922-1923, fréquentes poussées d'aphonie, d'une durée de 3-4 jours. — Tremblement des mains ; légère exophtalmie ; tachycardie moyenne (84). Dermographisme intense. Sommeil agité ; cauchemars. Constitution émotive. Réflexe rotulien exagéré. Réflexe pupillaire nomal.

Le traitement est institué suivant la même méthode que dans l'observation précédente avec, en plus, six bains de résistivité électrique assez haute (de 4.000 à 10.000 ω), pris à une semaine d'intervalle.

La malade fut soumise à 11 irradiations d'ultra-violets, dont 8 locales, sur la région thyroïdienne, les 3 dernières générales, d'une durée progressive de 4' à 8'.

Dans l'intervalle, application de l'appareil vibrateur.

La malade part en vacances le 24 juillet. Le lobe gauche du corps thyroïde est de volume modéré ; le lobe droit, considéra-

blement réduit, apparaît seulement dans certains mouvements (rotation de la tête à gauche). Tremblement, exophtalmie disparus. Pouls : 70-74.

⁂

Ces deux observations démontrent que la thérapeutique de la maladie de Basedow peut et doit s'orienter utilement vers la physiothérapie. Quelque théorie que l'on adopte concernant la pathogénie de cette affection, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'un déficit ou d'un excès du potentiel de l'influx nerveux, ce qui revient à dire du potentiel électrique et, en dernière analyse, d'une altération du rayonnement individuel. Cette conception, du reste, est appelée à prendre une place de plus en plus grande en thérapeutique générale, même en dehors de la maladie de Basedow, comme elle est appelée à dominer toute la biologie. D'une part, l'intervention des vibrations à courtes longueurs d'onde, telles que les ultra-violets ; d'autre part, la régulation et la meilleure utilisation du potentiel animal obtenu par les bains de résistivité ; enfin, les vibrations portées sur les vertèbres au niveau de l'émergence des filets nerveux qui innervent le corps thyroïde, sont autant de moyens qui, dans les 2 cas précités, ont concouru à rétablir un potentiel altéré.

Notons, pour finir, tout l'intérêt qu'il y a, d'une manière générale, à ne faire intervenir, en physiothérapie, que des longueurs d'onde de l'ordre de grandeur de celles qu'on observe en physiologie humaine.

Discussion :

M. Hartenberg (de Paris) insiste sur l'intérêt d'agir, par les méthodes physiques, contre l'hyperthyroïdie, trop négligée en thérapeutique, alors qu'on s'occupe tant d'insuffisance thyroïdienne.

Les réactions électriques des muscles et des nerfs pendant la convalescence du tétanos

Par le Dr R. Gauduchau,
Radiologiste des Hôpitaux de Nantes
Directeur du Centre de Lutte contre le Cancer

Nous avons, au cours de la guerre, eu l'occasion d'étudier les réactions électriques des muscles et des nerfs chez quatre blessés convalescents ou cliniquement guéris de Tétanos aigu. Nous avons pu récemment compléter nos recherches par l'examen de deux nouveaux malades. Nous vous en apportons le résultat :

Observation I. — Louis R., 14 ans, avait contracté le tétanos à la suite d'une piqûre à l'index droit, le 25 décembre 1923. — Le trismus avait débuté le 1er janvier 1924. — Le malade, soigné par nos collègues, les Drs Gendron et Dupont, par le sérum à haute dose, guérit.

Nous l'avons examiné le 29 mars, alors qu'il avait repris son travail depuis quelque temps déjà.

Les troubles que nous avons constatés siègeaient uniquement au membre supérieur droit et presque exclusivement dans le domaine du nerf radial.

En effet, nous avons seulement noté sur le fléchisseur commun des doigts, un abaissement important de la secousse d'ouverture POC = 5,5 Ma. Ce phénomène n'existant pas du côté opposé.

De même à droite, nous n'avons rien constaté d'anormal par excitation du nerf médian ou cubital.

En revanche une excitation galvanique unique du nerf radial au bras pour NF = 7 Ma (le seuil étant NFC = 6,5 Ma) déterminait dans l'extenseur propre de l'index une contraction à type polycinétique qui à aucun moment ne s'est montrée dans l'extenseur de l'index du côté opposé par excitation du nerf radial gauche.

A aucun moment d'ailleurs cette contraction polycinétique n'a abouti au véritable tétanos ; elle cessait même de se produire si l'on élevait l'intensité du courant à 10 Ma. Le choc galvanique ne donnait plus dans ces conditions qu'une secousse unique du muscle.

De même à droite, par excitation directe de l'extenseur commun des doigts nous avons obtenu pour NF = 5 Ma, la réaction galvanotonique non durable le seuil étant NFC = 3,5 Ma et PFC = 4 Ma.

Du côté gauche rien de semblable ne fut obtenu même pour NF = 9 Ma ; les seuils étant NFC = 4,5 Ma et PFC = 5 Ma.

Les seuils de fermeture étaient donc légèrement abaissés du côté primitivement atteint par l'infection.

Ajoutons que les secousses étaient particulièrement vives et de faible amplitude.

Observation II. — M. A. 52 ans, à la suite d'une blessure souillée de terre dans la partie antéro-interne de l'éminence thénar droite reçue le 15 juin 1924, présene huit jours près des symptômes non douteux de tétanos : trismus, contractures généralisées. De fortes doses de sérum en ont raison dans le service du Dr Gendron. — Nous l'examinons le 8 juillet au moment où il quitte l'Hôpital.

Il présente encore de la raideur des muscles des jambes et une certaine gêne de la mastication. Le réflexe rotulien est à droite polycinétique, à gauche vif ; les achilléens sont à peine perceptibles faute de pouvoir obtenir le relâchement musculaire complet surtout à droite.

Aux membres supérieurs les réflexes sont normaux à gauche ; plus faibles à droite pour le stylo-radial.

Faute de temps, nous n'avons pu examiner en détail, comme nous l'aurions souhaité, de nombreux groupes musculaires et nerveux ; nous avons donc dû borner nos recherches aux muscles des éminences thénar et hypothénar et aux troncs nerveux du bras.

Sur ces divers éléments nous avons pu vérifier néanmoins l'exactitude d'un certain nombre de constatations que nous avions déjà faites antérieurement.

C'est ainsi que sur le court abducteur du pouce droit au voisinage du foyer d'inoculation du tétanos, nous avons noté la tétanisation progressive du muscle si nous laissions passer le courant quelques secondes en le faisant croître très lentement, de 2 à 2,5 Ma. Les seuils étaient NFC = PFC = 2 Ma.

Mêmes constatations pour le Court Fléchisseur du pouce à 2 Ma, les seuils étant NFC = 2 ; PFC =2,7. On notait également un abaissement important des secousses d'ouverture : NOC = 5 Ma. Sur les muscles correspondants à gauche les phénomènes étaient un peu mieux dissociés ; l'hyperexcitabilité dans les termes où nous la comprenons étant moindre.

Pour le Court Abducteur les seuils étaient NFC = PFC = 2 avec une secousse un peu ralentie.

Or pour une excitation prolongée de quelques secondes NF = 2,5 Ma, on voyait apparaître d'abord le phénomène que nous avons décrit sous le nom de clonus galvanique et que nous pensons pou-

voir rapprocher de la réaction dite ondulatoire, phénomène auquel succédait bientôt la tétanisation progressive du muscle si nous élevions de quelques dixièmes de Ma l'intensité du courant.

Nos constatations étaient les mêmes sur le Court Fléchisseur pour une intensité NF = 3 Ma, les seuils étant NFC = 1 Ma 7 ; PFC = 2 Ma.

Cette tendance à la tétanisation si bien mise en lumière par l'excitation galvanique faiblement prolongée et lentement croissante, apparaissait naturellement par excitation faradique. Trois points sont à considérer :

1° D'une part aussi bien à droite qu'à gauche, la tétanisation apparaissait pour des engainements de bobine beaucoup moindres avec le courant tétanisant qu'avec les secousses faradiques très espacées.

	Côté droit	Côté gauche
Court abducteur : secousse espacée...	F = 7 CM :	F = 7 CM
— — courant tétanisant..	F = 9 CM :	F = 9,5 CM
Court fléchisseurs : secousse espacée..	F = 6,5 CM :	F = 7 CM
— — courant tétanisant.	F = 8,5 CM :	F = 9,25 CM

2° Le Court Fléchisseur droit, le muscle le plus voisin du foyer d'inoculation apparaît comme le muscle le moins excitable tant par les chocs faradiques espacés que par le courant tétanisant. Les seuils étant 6,5 CM et 8,5 CM.

3° Les contractions par chocs espacés étaient irrégulières, d'amplitude variable, parfois absentes, simulant la réaction myasthénique.

Ces deux phénomènes paradoxaux en apparence nous paraissent subordonnés, comme nous l'avons déjà montré antérieurement, à l'état de raideur et de contracture persistantes des faisceaux musculaires les plus atteints.

Nous avons fait des constatations identiques sur les muscles des éminences hypothénar et notamment sur le Court Abducteur du cinquième doigt.

Troncs nerveux : Le *Nerf Radial* ne présentait aucun caractère particulier, ni à droite ni à gauche. — Les seuils étaient sensiblement les mêmes et normaux.

Le Nerf Cubital droit, présentait des seuils de fermeture (NFC = 2,5 PFC = 4,7) et un seuil faradique (F = 9 CM, 75) nettement plus élevé qu'à gauche (NFC = 1 Ma ; PFC = 1,5 Ma ; F = 11,5 CM).

En revanche le seuil NOC = 2,7 Ma à droite alors qu'à gauche il n'avait pu être obtenu.

Enfin à gauche, on notait la *réaction neurotonique* apparaissant dès le seuil alors qu'elle manquait à droite.

Le Nerf Médian présentait au contraire cette réaction neurotonique à droite (côté malade) et pas à gauche. — Les seuils galvaniques étaient également plus bas à droite.

⁂

Chez nos deux malades, examinés à des périodes très différentes après le début de leur tétanos (3 mois pour le premier, quinze jours pour le second), nous avons retrouvé un certain nombre de réactions électriques que nous avions antérieurement décrites et caractérisées par :

Sur les muscles. — Une hyperexcitabilité galvanique à forme particulière, avec abaissement des seuils d'ouverture, les seuils de fermeture étant normaux, ou même un peu plus élevés sur les muscles les plus voisins du foyer d'inoculation, au moins dans le cas le plus récent.

Elévation du même ordre des seuils faradiques (secousses espacées ou courant tétanisant) sur les mêmes muscles.

Aspect irrégulier de la secousse musculaire par bloquage du muscle.

Tendance très nette à la tétanisation par la galvanisation un peu prolongée avec intensité très lentement croissante. Cette tétanisation apparaissait d'emblée ou succédait à une période plus ou moins longue de clonus galvanique.

Existence de la réaction galvanotonique non durable sur certains muscles, particulièrement chez le malade le plus anciennement atteint.

Sur les nerfs. — Existence de la réaction neurotonique dans le cas le plus récent.

Contraction polycinétique dans le muscle le plus voisin du foyer d'inoculation, à la suite d'une excitation unique du nerf (dans le cas le plus ancien).

Telles sont les vérifications que nous avons pu faire. Nous espérons pouvoir les compléter par des examens ultérieurs de ces deux blessés.

Traitement local de la crise de migraine

Par M. J.-A. Sicard (de Paris)

Un mot sur le traitement de la migraine, ou plutôt sur le traitement *local* de la *crise* migraineuse. J'envisage, bien entendu, la crise de migraine *vraie*, dégagée de toutes les autres céphalées ou algies cranio-faciales, celle qui s'accompagne, en outre du mal à la tête, de ce malaise indéfinissable où l'on sent si bien la participation du sympathique, de ce besoin de grand repos, de grand apaisement physique et moral, de la quasi-nécessité du décubitus horizontal et de l'obscurité. Cette migraine-là se juge, le plus souvent, comme le disaient Lasègue, Charcot et Brissaud, par des vomissements.

Sous l'influence de Widal et de ses élèves, la crise de migraine, peut, à l'égal de la crise asthmatique, être considérée comme une manifestation locale d'un état général, c'est un épisode au cours de la maladie migraineuse, épisode conditionné par un trouble humoral, choc sanguin occulte ou vérifié du type hémoclasique ou colloïdoclasique, où les influences provocatrices diverses de l'alimentation, des émotions, de la fatigue physique, des sécrétions glandulaires, suivant les cas, ne sauraient être niées.

Subordonnant la thérapeutique de la migraine à cette conception pathogénique, on a cherché à utiliser les médications anti-colloïdoclasiques. C'est ainsi que Pagniez, Pasteur, Vallery-Radot et Nast ont préconisé le cachet de peptone preprandium ; c'est ainsi également que nous avons cherché, avec mes internes, à utiliser les injections intra-veineuses de carbonate de soude ou de salycilate de soude ; ou encore à user de la pratique de l'autohémothérapie, ou de l'autosérothérapie ou de celle de l'homohémothérapie ou de l'homosérothérapie. Toutes ces tentatives thérapeutiques ont donné des résultats souvent évidents et remarquables.

Mais ils ne sauraient mettre sûrement et définitivement à l'abri d'un retour offensif de la crise migraineuse.

Vis-à-vis de cette crise elle-même, quel traitement adopter ? Les nombreux cachets usuellement employés, l'injection classique de morphine, ne sont certes pas à dédaigner, mais ils échouent dans de nombreux cas, précisément dans ceux que nous étudions ici, c'est-à-dire dans les cas à crise violente, prolongée, paroxystique, avec vomissements incessants, qui jettent le sujet migraineux dans un état pitoyable, angoissé et inerte physiquement et intellectuellement.

Puisque la participation du système nerveux sympathique végétatif est indéniable localement, qu'il existe des migraines rouges et des migraines blanches, témoins des modifications vaso-motrices, constriction ou dilatation, et que cette participation sympathique paraît s'exercer au niveau de deux territoires vasculaires bien systématisés, le territoire de l'artère temporale et celui de l'artère sus-orbitaire, il est logique et rationnel d'essayer d'agir thérapeutiquement sur ce sympathique local.

Par la chirurgie ? Dans un cas non publié, avec l'aide de mon regretté interne Lermoyez, nous avons, après anesthésie sous-cutanée, mis à nu sur un segment de un centimètre et demi environ de longueur, l'artère temporale et fait une sympathectomie péri-artérielle, suivie d'une ligature de cette artère. Il s'agissait d'une crise de migraine de la plus haute violence qui n'avait pas cédé à la morphine, et qui se répétait incessamment. La guérison se maintint complète pendant plus de six mois, puis les accès migraineux réapparurent. Cette méthode chirurgicale, me paraît, à mon avis, ne pas devoir être rejetée d'emblée malgré ses inconvénients évidents d'intervention opératoire et de cicatrice consécutive. Peut-être chez d'autres sujets la sympathectomie temporale ou la ligature artérielle seront-elles suivies de succès beaucoup plus durable ?

Mais nous sommes également armés médicalement pour agir localement sur les nerfs sympathiques.

L'injection locale d'adrénaline a fait ses preuves. Aussi, dans ce but, avons-nous pratiqué avec nos internes, chez une dizaine de migraineux, au cours même de l'accès, des injections locales, en pleine région temporale ou sus-orbitaire, suivant la localisation algique d'une solution adrénalinée. Il nous a paru plus tard que l'action de la caféine locale renforçait celle de l'adrénaline. Aussi procédons-nous de la

façon suivante : Pour éviter toute douleur, nous faisons une injection à l'aide d'une aiguille très fine d'un cent. cube de solution de cocaïne au centième en deux points voisins mais différents ; quelques minutes après, injection « in situ », en l'un des points cocaïnés d'un centimètre cube d'une solution caféinée renfermant 0,25 centigrammes par centimètre cube et peu de temps après injection, en l'autre des points cocaïnés d'un centimètre cube d'une solution adrénalinée contenant un quart de milligramme par centimètre cube.

Cette méthode est sans danger, non douloureuse, peut être renouvelée au cours de la journée ou les jours suivants, et même à des doses plus fortes et elle nous a donné, chez la plupart des sujets traités, les résultats les plus favorables.

Ainsi la thérapeutique doit-elle chercher à s'assouplir et à s'adapter aux conceptions pathogéniques nouvelles.

Discussion :

M. Hartenberg (de Paris), rappelle qu'il y a quelque vingt ans, à ce même Congrès, il exposait que la migraine est une névralgie du sympathique. Cette opinion qui parut révolutionnaire alors que régnait encore la théorie de Brissaud considérant la migraine comme une névralgie des filets intra-craniens du trijumeau, est aujourd'hui généralement acceptée et confirmée par les caractères cliniques associés, malaise général, hyperesthésie aux bruits, aux lumières, aux émotions, etc., qui appartiennent aux syndromes sympathiques douloureux.

M. Hartenberg, demande à M. Sicard comment il explique l'action favorable des injections locales d'adrénaline?

M. Sicard (de Paris). — Qu'il s'agisse de ligature ou de sympathectomie de l'artère temporale, ou d'injection « in situ » d'adrénaline, tous ces procédés ont pour but de s'adresser à la vaso-motricité régionale et de modifier le régime circulatoire local. La crise d'asthme est influencée favorablement par l'injection d'adrénaline. J'ai observé qu'il en était de même de la crise de migraine. Il est difficile d'assigner à ces processus de modification vaso-motrice, une interprétation pathogénique précise. Nous devons nous contenter des résultats thérapeutiques acquis.

Recherches sur la physiologie du cervelet et considérations sur la physiopathologie du tonus musculaire (1)

Par M. Frédéric Bremer (de Bruxelles)

La tendance des neurologistes a presque toujours été de considérer la fonction du cervelet comme *une* et de ramener le problème des localisations cérébelleuses corticales à celui de la répartition de cette fonction unique dans les différents territoires de l'écorce du cervelet, supposés affectés à des groupes musculaires différents.

Cependant les données anatomiques se concilient mal avec cette hypothèse de l'unicité fonctionnelle du cervelet. Les fibres afférentes, spinales, vestibulaires et cérébropontines, se terminent dans l'écorce cérébelleuse en des territoires distincts ; ceux-ci envoient leurs fibres efférentes à des noyaux différents et forment ainsi, d'une part, un cervelet bulbospinal, phylogénétiquement le plus ancien, le *palæo-cervelet,* et un *néo-cervelet* en rapport avec l'écorce cérébrale et les olives bulbaires. Or il n'existe entre ces grandes divisions de l'écorce cérébelleuse, aucune voie d'association notable.

Les données physiologiques ne sont pas non plus aussi démonstratives qu'on l'a dit, de l'unicité fonctionnelle du cervelet. Il est probablement très exact que le symptôme majeur du syndrome consécutif à la lésion des hémisphères cérébelleux (néo-cervelet), chez les Mammifères, est l'hypotonie posturale des muscles soumis à la volonté, p. c. ceux des membres antérieurs surtout. Mais les lésions du vermis (palæo-cervelet) sont suivies de symptômes très différents : spasticité des extenseurs, opisthotonos, rétropulsion. De même, chez l'homme, dans les cas de lésions ou d'atrophie corticale intéressant surtout le palæo-cervelet (notamment

(1) Les recherches personnelles résumées dans cette communication ont été publiées dans les *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1922, *86*, 955 ; 1922, *87*, 1055 ; 1924, *90*, 381 et ont fait le sujet d'un mémoire détaillé paru dans les *Archives Internationales de Physiologie*, 1922, *19*, 189.

dans les cas décrits par Pierre Marie, Foix et Alajouanine), les symptômes prédominent aux membres inférieurs, affectent surtout la marche et l'équilibre debout, et il n'existe pas d'hypotonie musculaire, ou bien même il y a de l'hypertonie des extenseurs. Chez l'Oiseau qui n'a encore qu'un néo-cervelet rudimentaire, le symptôme principal et durable de l'ablation du cervelet est une spasticité des extenseurs du tronc et des pattes (Lange, Trendelenbourg).

Le point de départ de mes recherches a été l'étude du fait signalé il y a longtemps par Sherrington que l'excitation de l'écorce du lobe antérieur du cervelet, chez le Chat décérébré, a comme conséquence immédiate le relâchement de la contracture des extenseurs homolatéraux.

J'ai pu me convaincre de l'excitabilité de l'écorce cérébelleuse elle-même dans ce phénomène d'inhibition. Les limites de la zone excitable coïncident avec celles du territoire de réception des fibres spino-cérébelleuses dans le *lobe antérieur.* Un second contingent de ces fibres se termine en arrière, dans la *pyramis :* ce lobe est lui-même excitable.

Le lobe antérieur du Pigeon, homologue à celui des mammifères et recevant comme lui la plus grande partie des fibres spino-cérébelleuses est excitable dans les mêmes conditions.

Les réponses consistent, aussi bien chez l'Oiseau que chez le Mammifère, en l'inhibition du tonus et de l'activité réflexe des extenseurs du cou, du tronc et des membres homolatéraux. Les fléchisseurs ne sont affectés en rien. Ces inhibitions sont toujours, pour un muscle déterminé, pures de tout élément moteur et la strychnine ne les inverse pas.

La voie efférente de ces inhibitions passe par les noyaux rouges, ce qui explique sans doute, que la rigidité de décérébration est fortement exagérée par leur exclusion ou même n'apparaît qu'à la suite de cette exclusion (Magnus, Bremer, Raedemaker). La destruction du *lobe antérieur* seul, sans atteinte du tronc cérébral suffit d'ailleurs à provoquer une forte rigidité d'extension, ce qui prouve bien que le mécanisme inhibiteur principal est cérébelleux.

Les recherches de Sherrington ont montré que la systématisation de la musculature du tronc et des membres en fléchisseurs et en extenseurs exprime des différences profondes dans l'innervation réflexe et tonique de ces muscles, et se marque par des particularités de la fibre musculaire elle-même. Les extenseurs, participant tous ensemble au

maintien tonique de la station debout, sont soumis à des mécanismes régulateurs communs, renforçateur (bulbaire) et inhibiteur (cérébelleux) de leur tonus et de leurs réflexes.

Ces données physiologiques rendent compte d'une façon satisfaisante des conséquences de la destruction du cervelet chez l'Oiseau, des lésions du vermis chez les Mammifères, y compris l'Homme. Elles sont d'ailleurs en harmonie avec la conception ancienne qui fait du vermis un organe en rapport avec les fonctions de la statique et de la progression. D'accord avec les expériences de *Magnus* et de *Raedemaker,* elles montrent le rôle important des noyaux rouges dans la régulation du tonus des muscles squelettiques.

Leur utilisation pour la physiopathologie des contractures chez l'homme ne pourra se faire qu'avec beaucoup de prudence. La signification des différents types de contractures (pyramidale, striée, parkinsonienne) et leurs rapports avec la rigidité de décérébration ne sont pas encore clairs, pas plus que la signification des lésions, le plus souvent multiples ou diffuses, rencontrées dans ces différents états morbides.

Mais les neurologistes ne peuvent pas ne pas tenir compte du fait que chez l'animal, même chez le Macaque, le tonus musculaire n'est altéré que par une transsection éliminant les noyaux rouges (que par conséquent l'exclusion des corps striés ne le modifie pas), et qu'un des mécanismes inhibiteurs les plus importants du tonus des extenseurs a son siège dans l'écorce du palæo-cervelet.

Discussion :

M. Donaggio (de Modène). — A propos des résultats si importants obtenus par M. Bremer, je dois rappeler les résultats de recherches expérimentales accomplies dans le laboratoire de ma clinique, en rapport à la localisation des lésions dans une forme particulière de rigidité, la rigidité tétanique.

Pour éclaircir la position de ces recherches, je dois rappeler leur point de départ scientifique. J'ai établi (1901-1904) que le réseau neurofibrillaire, décrit par moi dans la cellule nerveuse des vertébrés, se comporte d'une façon opposée à celle de la substance chromatique : c'est-à-dire que le réseau neurofibrillaire endocellulaire dans les mammifères adultes est très résistant à l'action des diverses conditions morbides, tandis que la substance chromatique se dissout avec une

extrême facilité (*loi de la résistance du réseau neurofibrillaire endocellulaire dans les mammifères adultes*).

Ensuite (v. « Rivista sperimentale di freniatria », fasc. I-II, 1906), j'ai trouvé l'existence de certaines conditions dans lesquelles la résistance du réseau tombe aussi dans les mammifères adultes; ces conditions consistent dans l'action combinée de particulières causes morbides; par exemple, dans ces actions combinées, un élément thermique, le froid, qui n'est pas capable tout seul de vaincre la résistance du réseau, joue un rôle des plus importants (*lois de la vulnérabilité du réseau neurofibrillaire dans les mammifères adultes vis-à-vis de particulières actions combinées de causes expérimentalement déterminées*). En dernier lieu, j'ai trouvé que cette action combinée donne lieu à des lésions du réseau qui sont diversement localisées ; en se servant d'un élément constant, l'action du froid, et d'un élément variable qui n'est pas capable tout seul de vaincre la résistance fibrillaire, selon la loi de la résistance, l'on voit varier la localisation de la lésion en rapport à la variation de l'élément morbide qui est entré en combinaison avec l'action du froid. Cette variation de la localisation est plus nette que dans les recherches sur les modifications de la substance chromatique, parce que la substance chromatique se détruit même par des conditions peu importantes qui se surajoutent à l'action qu'on veut étudier. Avec les recherches d'action combinée on peut ainsi suivre une nouvelle voie d'expérimentation; je l'ai indiquée surtout pour ce qui a trait à cette propriété révélatrice et localisatrice de l'élément thermique. J'ai déterminé des localisations diffuses et des localisations limitées, diversement distribuées; un résumé de mes recherches et de celles de mes élèves est dans ma communication publiée dans la « Rivista di patologia nervosa e mentale », fasc. 1-8, 1922. J'ai fait expérimenter dans cette direction l'action combinée de la toxine tétanique et du froid. Les recherches, conditionnées par l'usage de cobayes adultes, par l'intoxication tétanique aiguë combinée avec l'action du froid, et par l'application de mes méthodes pour l'étude du réseau neurofibrillaire (méth. IV pour l'encéphale, III pour le restant système nerveux), ont donné les résultats suivants : La moelle, qui jusqu'à présent a attiré le plus d'attention des chercheurs dans les expérimentations sur la toxine tétanique, ne présentait pas des lésions ; des lésions limitées étaient dans le bulbe ; la région de l'encéphale où se sont

présentées des lésions profondes du réseau neurofibrillaire, sous forme de conglutination avancée et de fibrillolyse, a été le *cervelet* (*écorce cérébelleuse, noyaux cérébelleux*). Le noyau rouge était tout à fait normal. J'ai rappelé, vis-à-vis des résultats, que M. Bremer a obtenu dans une direction expérimentale bien différente, ces recherches — dont les résultats ont été communiqués à la R. Académie des Sciences de Modena, 12 juin 1921 — parce qu'elles démontrent qu'une forme particulière de rigidité, la rigidité tétanique expérimentale, est en rapport avec des lésions cérébelleuses. Il faut préciser que ces lésions cellulaires pour leurs caractères étaient l'expression de l'*action directe de la toxine sur la cellule nerveuse* et il faut rappeler, encore une fois, que la moelle ne présentait pas des lésions. Certainement, on ne peut pas appliquer tout simplement les résultats de ces recherches expérimentales à la pathologie humaine. Il y a aussi des différences anatomiques qu'on ne doit pas oublier (par exemple, le noyau rouge humain, surtout dans sa partie « magno-cellularis » et le faisceau relatif sont très réduits). Mais, en tout cas, on peut affirmer que dans ces recherches sur les effets de la toxine tétanique poursuivie dans la direction que j'ai indiquée, la partie des centres nerveux qui présente des lésions profondes est le *cervelet* : ainsi on peut constater *l'existence d'un rapport entre la lésion cérébelleuse et la rigidité tétanique.*

M. Anglade (de Bordeaux) félicite M. Bremer pour son intéressant travail et confirme la remarque de M. Donaggio concernant la réduction du faisceau rubro-spinal chez l'homme.

M. Bremer (de Bruxelles). — Les intéressantes remarques et objections de MM. Anglade et Donaggio touchent à la question difficile, et que je n'avais pu qu'effleurer, de l'applicabilité des résultats expérimentaux à la physiopathologie humaine.

Le physiologiste crée une seule lésion, aussi simple et aussi précise que possible et ne tire de conclusions fermes que d'expériences répétées et concordantes. Le clinicien doit étudier les lésions résultant de causes dont il n'est pas le maître : traumatisme, infection, sénilité, lésions presque toujours multiples et disparates parmi lesquelles il essaie de déterminer celle qui est la cause du symptôme observé pendant la vie.

Il y a là un choix, justifié bien entendu par des considérations anatomiques, par la comparaison avec les résultats expérimentaux, mais où il entre cependant toujours une part d'arbitraire.

Les grosses lésions du corps strié et du *locus niger* que l'on trouve si régulièrement dans le cerveau de malades spastiques sans paralysie volontaire, ne sont peut-être pas les lésions causales de leur rigidité musculaire. Le locus niger est presque constamment atteint dans le Parkinsonnisme post-encéphalitique, mais peut l'être au même degré dans l'encéphalite sans symptômes parkinsonniens.

Le cervelet et spécialement le palæo-cervelet, ses noyaux, ses voies afférentes et efférentes (noyaux rouges) devront en tous cas être examinés soigneusement chez tous les malades ayant présenté de l'hypertonie musculaire. L'observation de M. Anglade qui a vu, chez les nombreux pseudo-bulbaires qu'il a autopsiés, coïncider la spasticité la plus forte avec l'atteinte du cervelet, me paraît à ce point de vue des plus suggestive. D'autres contractures, bien difficiles à expliquer selon les vues courantes, ressortent vraisemblablement de la lésion du mécanisme inhibiteur cérébelleux que je vous ai décrite, notamment la spasticité paradoxale de certaines atrophies cérébelleuses, celle de l'hérédo-ataxie cérébelleuse.

M. Donaggio a fait remarquer que le faisceau rubro-spinal est très réduit chez l'Homme. Ce fait pourrait mettre en doute la validité, en ce qui concerne ce dernier, de données recueillies chez des animaux aussi différents cependant que le sont les Rongeurs, les Carnassiers et le Macaque. Aussi importe-t-il de bien préciser les caractères de cette réduction du faisceau rubrospinal et de son centre d'origine, la *pars magnocellularis* du noyau rouge. A cause de l'énorme développement chez l'Homme des voies cortico-spinales, il est possible qu'elle soit plus relative qu'absolue et il est évident qu'une réduction relative n'implique pas *a priori* une diminution d'importance fonctionnelle du faisceau.

D'autre part, une réduction absolue de la *pars magnocellularis* de noyau rouge et du faisceau rubro-spinal qu'elle émet se conçoit chez l'Homme, dont les membres antérieurs n'ont plus de fonction statique. C'est d'ailleurs l'explication qu'en avait déjà proposée il y a longtemps, von Monakow.

Nouvelles recherches sur les couches optiques

La systématisation des voies cortico-thalamiques

Par le Prof. d'Hollander et M. E. de Greef (de Louvain)

Dans des travaux antérieurs (1), l'un de nous a prouvé expérimentalement l'existence des voies cortico-thalamiques. Sur la base de lésions étendues à tout le cortex du néopallium, il a décrit leur trajet, leur situation dans le thalamus, et leur distribution aux divers ganglions thalamiques.

Dans un article récent (2), consacré à l'exposé synthétique de ces systèmes connecteurs entre l'écorce cérébrale et le thalamus, il a insisté à nouveau sur l'importance qu'ils présentent au point de vue de nos connaissances morphologiques et fonctionnelles du diencéphale.

D'une manière générale, il y a lieu de distinguer tout d'abord les voies *afférentes* vraies ou *terminales,* et les voies *transférentes.* Les premières ont leur terminaison dans les ganglions thalamiques; les secondes ne font que traverser ces ganglions pour se rendre dans d'autres ou dans des régions encéphaliques voisines (voies transthalamiques).

Le complexe des voies cortico-thalamiques peut se ranger sous deux groupes : un *groupe profond* et un *groupe superficiel.*

Les *voies cortico-thalamiques profondes* sillonnent la profondeur du thalamus ; elles aboutissent à celui-ci via la région *réticulée ;* de là leur nom voies cortico-*réticulo*-thalamiques. Elles fournissent des fibres terminales à tous les grands ganglions thalamiques, et à la plupart d'entre eux des fibres transférentes.

De la sorte, on trouve des voies c.-th. :

antérieures, au groupe des noyaux antérieurs ;

latérales, au noyau latéral ;

médiales, au noyau médial ;

---

(1) Les voies cortico-thalamiques. *Arch. de Biologie,* Tome XXXII, 1922.

(2) Résumé synthétique de la question, *in Journal de Neurologie et de Psychiatrie,* 1924.

géniculées-externes, au corps genouillé externe ;
géniculées-internes, au corps genouillé interne ;
postérieures ou *prétectales,* au ganglion postérieur (prétectum), via les noyaux latéral, ventral et géniculé interne ; elles forment la grande voie cortico-*prétectale profonde.*

Les *voies c.-th. superficielles* courent à la surface du thalamus ; elles passent par le *pédoncule cérébral ;* de là leur nom cortico-*pédonculo*-thalamiques. Après leur sortie du pédoncule, elles traversent la profondeur du corps genouillé externe, ensuite une portion du noyau latéral, pour se terminer dans le prétectum ; elles forment la voie cortico-*prétectale superficielle.*

Le problème du thalamus ne peut se résoudre sans la connaissance des voies qui du cortex cérébral descendent vers le toit des tubercules quadrijumeaux ; en effet, le ganglion postérieur est le trait d'union réel entre le télencéphale et le mésencéphale.

Les *voies cortico-tectales,* pour le tubercule quadrijumeau antérieur, peuvent se ranger sous deux groupes également : un groupe *profond,* via la région *réticulée,* un groupe *superficiel,* via le *pédoncule cérébral.* La voie *c.-tectale profonde* ou c.-*réticulo*-tectale, est la continuation de la grande voie c.-prétectale profonde ; elle traverse le prétectum ; elle se termine dans l'*assise blanche intermédiaire* du tubercule antérieur.

La voie c.-*tectale superficielle,* après sa sortie du pédoncule cérébral, chemine dans la bandelette optique (voie c.-*pédonculo-opto*-tectale) pour s'épuiser dans l'*assise blanche superficielle* du tubercule quadrijumeau antérieur.

Nous connaissons maintenant le trajet et la destination des voies cortico-thalamiques, un nouveau problème se pose dès lors, du plus haut intérêt biologique, celui de leur systématisation corticale. En d'autres mots, il s'agit de rechercher pour les diverses voies cortico-thalamiques, leur lieu d'origine réelle dans la corticalité cérébrale, leur *localisation corticale.*

De nombreux auteurs, Monakow, Munzer et Wiener, Sachs, Nissl, Probst, Déjerine, par des méthodes différentes et d'inégale valeur, ont travaillé la question avec des résultats qui ne furent pas toujours en rapport avec la somme de travail qu'ils représentent. C'est un vieux problème non résolu, qui mérite d'être repris par des méthodes et d'après des principes modernes.

Problème ardu, qui formait l'objectif principal de l'un de

nous quand il aborda les couches optiques. Comme il le fit remarquer ailleurs (1), la difficulté du problème tient moins à son ampleur, qu'à la façon impropre et insuffisante dont on a essayé de le résoudre. La recherche des origines corticales réelles des fibres cortico-thalamiques ne peut donner des résultats complets et définitifs que si elle se base sur les jalons précis que nous fournit l'histologie des régions intéressées ; sur les assises de la structure intime du cortex d'une part, du thalamus d'autre part, l'étude systématique et individuelle des neurones cortico-thalamiques apportera la clarté désirée.

Dans cet ordre d'idées, du côté thalamique nous sommes à l'aise, attendu que nous connaissons en bloc les voies corticifuges qui s'y rendent. Il en sera de même en ce qui concerne le cerveau, si nous nous basons sur l'ordonnance cytoarchitectonique du cortex pour situer les lésions que nous y pratiquons ; l'on ferait fausse route à se contenter de repères topographiques extérieurs et approximatifs.

Nos premières expériences — au nombre de huit — où il n'était pas tenu compte de cette cause d'erreur n'avaient donné que des résultats divergents ; ceux-ci ne paraissaient pas favorables à l'idée de la systématisation. Les choses se présentèrent autrement, quand nous nous sommes mis à localiser les lésions circonscrites, que nous pratiquions dans l'écorce cérébrale, en suivant la disposition des diverses aires corticales, telle qu'elle se présente sur la carte histotopographique dressée par Brodmann pour le lapin.

Dans cette courte communication, nous ne pourrions relater nos constatations dans leurs menus détails ; nous nous contenterons d'exposer dans des tableaux synoptiques les données majeures que nous avons recueillies dans quatre nouvelles expériences.

---

(1) Les voies cortico-thalamiques. *Arch. de Biologie*, Tome XXXII, 1922.

Expériences	Régions lésées	Noyaux en dégénérescence	Synthèses des dégénérescences en voies		
IIme.	Aréa occipitalis 17 + 18	**Latéral** Dans la portion tuberculeuse. *Fibres terminales.* 1) Substance fondamentale. 2) Gros faisceaux (via R. D.).	Via Région Réticulée	= Voie C. thal. latérale.	Voies cort. thalam. profondes
		Corps Genouillé Externe 1) *Fibres terminales.* Dans la subst. fondamentale du segment supérieur.	Via Ret.	= Voie c. thal. geniculée extern.	
		2) *Fibres transférentes.* Dans les fibres internes des 2 segments qui iront traverser L dans sa portion cunéiforme.	Via Ped. cérébral 1/3 externe	1) Cor. thal. prétectipète superficielle.	Voies C. thal. Superficielles
		Postérieur *Fibres terminales.* In coin supéro-externe. **Tectum antérieur** *Fibres terminales.* In blanc superficiel.		2) Cortico-pédonculo-opto-tectale antérieure	
		Corps Genouillé Interne *Fibres terminales.* In noyau supérieur. (A réserver pour le moment).	A réserver pour le moment.		
IVme.	Aréa occipitalis 17 + 18	Résultats identiques à la IIe Expérience. Sauf : **En moins** *Rien, in Corps genouillé interne.*			
	Atteinte de 5 + 7 (?)	**En plus** In noyau latéral, *fibres transférentes od noyau Poste.* (A réserver pour le moment).	Via R. partie de la grande voie C. thal. prétectipète profonde (portion translatérale)		

Expériences	Régions lésées	Noyaux en dégénérescence	Synthèses des dégénérescences en voies
Ire...	Aréa frontalis Lésions trop petites Mauvaise imprégnation des pièces	**Quelques rarissimes fibres** 1) In Noyau ventral externe. 2) — médial — 3) Quelques-unes in postérieur.	Conformes à l'expér. III
		Rien In Noyau latéral. — genouillé externe. — — interne.	Conformes à l'expér. III
		Dans les Noyaux antérieurs ??	La mauvaise osmisation ne permet aucune conclusion
IIIme.	Aréa frontalis 4 + 6 et 1 + 3	**Antéro-Externe** f. Terminales. f. Transférentes vers Paraténial ext.	Toutes via Région Réticulée
		Paraténial Externe f. Terminales.	Donc : Voies C. thal. profondes
		Ventral externe et Ventral interne f. Terminales et transférentes ad postérieur.	Soit : 1) C. th. ant. 2) C. th. médiale.
		Médial f. Terminales via ventral interne.	3) C. th. ventrale.
		Postérieur f. Terminales rarissimes via ventral interne.	4) C. th. prétectipète profonde (à réserver).

Si nous résumons, nous voyons que nous pouvons considérer comme connues :

1) l'origine des voies cortico-thalamiques antérieures ;
» » » médiales ;
» » » ventrales ;
elles naissent dans l'area frontalis (4 + 6 et 1 + 3).

2) l'origine des voies cortico-thalamiques latérales ;
l'origine des voies cortico-thalamiques géniculées-externes ;

l'origine de la voie cortico-thalamique prétectale superficielle ou voie cortico-pédonculo-opto-postérieure ;

l'origine de la voie cortico-tectale antérieure superficielle ou cortico-pédonculo-opto-tectale antérieure ;

elles naissent dans l'area occipitalis (17 + 18).

Les voies vers le corps genouillé interne et vers le tectum postérieur n'ont pas été explorées.

Quant à la voie cortico-thalamique postérieure profonde, la grande voie prétectipète, nous n'avons obtenu à son sujet que des données qui ne sont pas constantes ; de nouvelles expériences s'imposent. Néanmoins, dès maintenant, nous pouvons enregistrer un résultat de grand intérêt : c'est que contrairement à l'opinion que l'un de nous avait émise antérieurement, il est douteux que cette voie appartienne en propre au lobe occipital.

Les faits que nous venons de vous exposer n'ont évidemment qu'un intérêt fragmentaire ; des travaux ultérieurs devront les compléter.

Au demeurant, ils laissent entrevoir le jour où l'on pourra jeter les bases expérimentales d'une localisation fonctionnelle dans le thalamus. D'autre part, ils contribueront à établir quelle est la valeur biologique des aires histologiques dans l'écorce cérébrale.

17 juillet 1924.

Discussion :

M. Donaggio (de Modène). — Les résultats des recherches de M. d'Hollander présentent évidemment un grand intérêt. J'aimerais à savoir de l'auteur s'il a pu déterminer l'existence de fibres directes cortico-nigriques. Je rappelle que M. d'Hollander connaît mes méthodes pour la démonstration des dégénérations initiales des fibres nerveuses, qu'il a appliquée à propos de recherches anatomo-cliniques accomplies avec M. Dauwe. Est-ce que l'auteur a appliqué ces méthodes aux recherches dont il a fait relation à présent ? Ces méthodes pourraient donner des renseignements ultérieurs ; ils sont appliquables aussi aux sections des morceaux qui ont été déjà traités par la méthode de Marchi.

M. d'Hollander (de Louvain). — Je suis particulièrement heureux de l'intervention de mon savant ami le professeur

Donaggio ; elle me permet d'insister à nouveau, comme je l'ai fait dans mon mémoire paru dans les *Archives de Biologie*, sur les soins que j'ai pris pour éviter les causes d'erreur, inhérentes à l'emploi mal compris de la méthode de Marchi. A cet effet, je me suis strictement conformé aux règles émises par notre regretté maître le prof. Van Gehuchten dans ses travaux sur la dégénérescence Wallérienne indirecte.

Mes pièces furent fixées directement dans le bichromate sans passer par le formol ; les animaux en expérience furent sacrifiés 15 jours exactement après l'opération ; de la sorte, l'on évite les dégénérescences rétrogrades ; car ainsi que le démontra Van Gehuchten, cette dernière débute à partir du 15e jour après la lésion. Beaucoup d'auteurs ont péché contre cette loi.

Quant aux dégénérescences accidentelles, il est un moyen bien simple de les éliminer, s'il s'en trouve ; pour ce faire, je n'ai tenu compte que des grains de dégénérescence qui se laissent poursuivre en coupes sériées, à partir de la région corticale lésée jusqu'aux ganglions thalamiques dégénérés ; au surplus, la localisation de ces grains sur des systèmes de fibres, facilement reconnaissables sur des préparations de cerveaux normaux est une garantie complémentaire dans l'établissement de la nature expérimentale des dégénérescences qui viennent en considération.

Je connais l'excellente méthode que mon collègue Donaggio a trouvée pour l'étude de la dégénérescence précoce de la fibre nerveuse, pour l'avoir utilisée dans d'autres recherches ; j'espère bientôt l'employer comme moyen de contrôle de la méthode de Marchi.

En ce qui concerne la question de l'orateur au sujet des relations cortico-nigrales, je puis lui répondre affirmativement. Dans la *substantia nigra* de Sömmering, j'ai vu des dégénérescences abondantes ; je me propose de revoir mes préparations à ce point de vue dans une étude d'ensemble sur ce point particulier.

Je saisis l'occasion pour ajouter qu'aucune de mes expériences n'a donné de dégénérescences dans le corps strié. Cette constatation confirme l'opinion des autres auteurs, qui ne trouvent pas de relations directes cortico-striées.

Tumeur de la région hypophysaire avec syndrome parkinsonien

Par MM. L. Van Bogaert et R. Nyssen (d'Anvers)

Nous tenons à présenter l'étude clinique d'un cas de tumeur de la région hypophysaire dont l'évolution pose certaines questions de physio-pathologie en rapport avec la pathologie infundibulaire et extra-pyramidale.

Nous exprimons nos remerciements à MM. Brandès et Deckxs dont les renseignements et examens antérieurs éclairent singulièrement l'anamnèse.

Voici l'observation de ce malade.

Dans les antécédents rien de particulier. L'œil droit a été énucléé il y a 17 ans pour irido-cyclite chronique.

Les premiers troubles remontent à 1921. Le malade a constaté à ce moment des crises épileptiformes très fréquentes s'accompagnant de vaso-dilatation très marquée de la face. La crise débutait toujours par les membres gauches, elle gagnait très rapidement la face. La vaso-dilatation faciale persistait après les grandes crises jusque dix et douze heures.

La fréquence des accès épileptiformes était très variable. A certains jours, le malade accusait 10 à 12 et même 14 épisodes jacksoniens.

A la fin de 1921, impuissance progressive, absolue depuis janvier 1922.

En novembre 1921, le malade pesait 64 kilos, en mars 23 il en pesait 91.

Le début de l'engraissement a coïncidé à peu près avec l'apparition des troubles génitaux.

En avril 1923, le malade se présente au Docteur Brandès en accusant une forte diminution de la vue. A l'ophtalmoscope, on trouve une atrophie débutante du nerf optique, sans papille de stase, avec un champ visuel hémianopsique temporal. L'association des troubles génitaux et de l'obésité font penser dès ce moment à un syndrome adipo-génital, dont l'hémianopsie temporale est la signature hypophysaire ou juxta-hypophysaire.

La céphalée gravative occipitale, l'atrophie débutante du nerf optique sont en faveur d'un syndrome de compression intra-cranienne.

Le malade refuse toute intervention.

Nous avons pu l'examiner depuis le mois de décembre 1923.

A ce moment, l'adiposité existe toujours quoique moins accentuée, l'impuissance génitale est absolue. L'hémianopsie temporale persiste cette fois avec papille de stase et abolition des réflexes iriens. La vision est égale à zéro.

La motricité extrinsèque de l'œil demeure normale, mais le globe présente un nsytagmus spontané vertical et horizontal.

Dès l'abord, nous sommes frappés en outre par l'attitude parkinsonienne du malade. La tête est légèrement fléchie sur la poitrine, la face inexpressive et figée, les coudes en adduction au corps, les mains en demi-flexion sur les poignets. Les doigts étendus sur les métacarpiens, le pouce étendu et en adduction. Le pouce et les doigts sont animés d'un tremblement très fin et discontinu analogue au tremblement parkinsonien.

Les membres inférieurs sont étendus, les pieds en rotation externe.

Le malade ne se remue pas spontanément dans son lit, il ne peut se lever, ni exécuter aucun mouvement global malgré l'absence de toute parésie. A grand effort, on le redresse, mais le lâche-t-on, il retombe en arrière d'une masse et sans esquisser le moindre mouvement de défense.

L'examen objectif de la motricité montre que tous les mouvements spontanés sont possibles et que les forces segmentaires ne sont pas diminuées.

Il y a pour les deux membres supérieurs une décontraction saccadée très nette avec de la rigidité. Pleurer spasmodique. Voix lointaine et monotone.

Au point de vue pyramidal, on observe du clonus du pied, des deux côtés, les réflexes tendineux sont exagérés aux membres inférieurs. Le réflexe cutané-plantaire est en extension très nette à droite. Le réflexe massétérin est très vif. Si les crémastériens existent, les abdominaux inférieurs sont faibles.

Tremblement global de la langue.

Pas de troubles de la langue.

Pas de troubles cérébelleux.

Au point de vue de la sensibilité, pendant plusieurs semaines avant son séjour à l'hôpital, le malade s'est plaint de douleurs atroces dans l'hémiface gauche et la racine du membre supérieur droit. Pendant son séjour à l'hôpital, les douleurs ont reparu par crises, cette fois dans la jambe, le pied droit et l'aine du côté droit. Le malade les compare à des brûlures ou à des douleurs d'écrasement. Le contact des couvertures même était atrocement douloureux. Elles résistaient à tous les analgésiques. A plusieurs reprises, le malade a insisté sur l'identité entre les crises douloureuses actuelles et celles antérieurement observées dans l'hémiface gauche et la racine du bras.

L'examen objectif montre une hyperalgésie douloureuse dans les zones indiquées au schéma.

Les crises douloureuses subsistent encore actuellement mais elles sont moins pénibles qu'avant.

Depuis décembre 1923, l'état du malade s'est très aggravé : il est presque cachectique. La raideur s'est accentuée, les membres inférieurs sont fixés en flexion, les membres supérieurs accolés au corps. L'extension passive des membres inférieurs est encore possible sauf pour la jambe droite dont les rétractions tendineuses ont ankylosé le segment en flexion.

La roue dentée existe des deux côtés, mais surtout à droite.

Le tremblement persiste, il peut survenir au repos mais il se manifeste surtout à l'occasion des mouvements. Il est donc plutôt intentionnel et plus global.

La tête s'est placée en hyperextension, à certains jours tournée à droite, à d'autres à gauche, mais en tout cas très fixée dans cette attitude et difficilement mobilisable.

Le pleurer spasmodique n'est plus que rarement ébauché.

Les troubles pyramidaux persistent.

L'incontinence des deux sphincters est absolue.

La déglutition est extrêmement difficile, le malade mange très peu et ne parle presque plus.

Des troubles trophiques très nets ont apparu. La peau des membres inférieurs est ichtyosique et par endroits s'écaille en lambeaux kératosiques. Elle est continuellement froide et les troubles circultaoires s'y traduisent encore par des zones de livedo symétriques aux deux genoux.

Les doigts sont fuselés, légèrement œdématiés, la peau est fine, lisse et souple. Les ongles paraissent normaux.

La ponction lombaire donne un liquide clair, non hypertendu (32 cm. au Claude), de composition cytologique et chimique normales.

La réaction de Guillain est négative. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide est négative.

L'examen viscéral montre que les fonctions respiratoires, circulatoires et digestives ne sont pas troublées.

Les organes génitaux ne paraissent pas extérieurement atrophiés, cependant à la palpation des testicules on se rend aisément compte qu'ils sont plus petits que chez l'adulte normal.

Comme nous soupçonnions chez ce malade une lésion de la région hypophysaire, nous avons très soigneusement étudié son métabolisme glucosé.

A aucun moment nous n'avons vu de polyurie, ni de glycosurie.

Le débit urinaire était de 1 l. 440 à 2 l. 200 par 24 heures.

Il y a une élévation du seuil du glucose dans l'épreuve du repas hydrocarboné. Nous avons effectué à trois reprises chez ce malade l'épreuve suivante : à jeun, administration de 300 gr. de glucose,

suivis d'une injection intramusculaire d'un demi-lobe postérieur, on recherche la présence de sucre dans les urines toutes les demi-heures pendant les quatre premières heures puis toutes les heures. Le malade a été suivi pendant 24 heures et nous n'avons pas vu apparaître la glycosurie. Normalement le sucre passe dans les urines dans un délai variable. Il y a donc dans notre cas une élévation du seuil de tolérance des hydrates de carbone. Une constatation analogue a été faite par Parisot et Richard dans dix cas d'insuffisance hypophysaire.

Le métabolisme basal est légèrement abaissé (— 18 0/0).

La thermo-réaction de Franckl-Hochwart est négative à deux reprises.

Le réflexe oculo-cardiaque donne successivement un ralentissement de 13, 11 et 14 pulsations par minute. Il ne suffit pas de modifications par l'injection d'extrait hypophysaire.

Ce malade présente donc une série de symptômes qui peuvent être synthétisés ainsi :

1° Un syndrome dystrophique progressif (obésité et perte de l'activité génitale) avec hémianopsie temporale et signes de tumeur cérébrale (céphalée, papille de stase tardive mais rebelle, atrophie du nerf optique).

2° Des symptômes de la série pyramidale des deux côtés.

3° Quelques petits signes cérébelleux (nystagmus, exagération intentionnelle du tremblement, rétropulsion).

4° Un syndrome thalamique (douleurs de ce type, hyperalgésie douloureuse).

5° Un syndrome parkinsonien (rigidité généralisée avec roue dentée, attitude en flexion d'abord, en extension ensuite, tremblement menu, absence de mouvements spontanés, troubles trophiques).

Chaque point de ce tableau clinique mérite d'être discuté.

Le syndrome adiposo-génital n'est pas l'apanage de la glande hypophysaire, les travaux de Camus et Roussy, Bailey et Bremer ont établi son origine tubérienne. Dans le cas qui nous occupe le syndrome infundibulo-tubérien est incomplet et par là notre observation se rapproche des tumeurs du III[e] ventricule dont André-Thomas, Babinski, R. Ley, Jumentié et Chausseblanche ont précisé le type anatomo-clinique. La forme adiposo-génitale du syndrome infundibulaire se retrouve dans les cas de Lereboullet, Mouzon et Cathala, Claude et Schæffer et l'observation III de Chausseblanche, mais dans aucun de ces cas il n'est aussi dissocié. La polyurie et la glycosurie ont fait constamment défaut. (La glycosurie, mise en évidence expéri-

mentalement par Camus et Roussy, manque d'ailleurs dans la plupart des autres observations auxquelles nous avons fait allusion). L'élévation du seuil de tolérance glycosique que nous avons démontrée par l'apreuve des hydrates de carbone nous explique d'ailleurs l'absence de cette glycosurie. D'autre part, les troubles de la régulation thermique et du sommeil sont absents. Il s'agit donc d'un syndrome infundibulaire partiel. L'évolution intracérébrale du néoplasme a développé un syndrome neurologique plus complet. Il nous semble que les douleurs et les troubles sensitifs relèvent de la symptomatologie thalamique. Le caractère des douleurs et l'existence d'une hyperalgésie douloureuse sont en faveur de cette localisation. Leur apparition par crises et leur résistance à tout analgésique en est une autre caractéristique. Au point de vue anatomique, la proximité du noyau interne de la couche optique nous fait comprendre la possibilité de l'apparition d'un syndrome thalamique dans le cadre infundibulo-tubérien.

Il est cependant une autre série de symptômes qui donnent à ce cas une valeur particulière. C'est l'apparition tardive d'un syndrome parkinsonien. Nous n'avons connaissance d'aucun cas dans la pathologie supra-sellaire où ce syndrome aurait été observé. Or, la rigidité généralisée, l'attitude, l'expression de la face, l'akinésie spontanée, la décontraction saccadée, les caractères du tremblement imposent sans aucun doute ce diagnostic clinique. Le syndrome parkinsonien est une acquisition tardive et probablement par extension centrale de la tumeur, qui au cours de son évolution doit avoir atteint les centres ou les voies présidant à la régulation tonique du mésocéphale. L'étude clinique du malade ne fournit aucune indication critique sur le siège des centres intéressés : corps striés, locus niger, ou région sous-optique. Seule, l'existence d'un syndrome adiposo-génital et thalamique nous incite à placer la lésion plus haut que le pédoncule et par conséquent plus près du corps strié que du locus niger. L'absence de troubles des centres oculo-moteurs (III et VI) plaide également en faveur d'une autre topographie que le pédoncule. Nous croyons que l'étude anatomique de ce cas serait susceptible de données intéressantes dans l'ordre de la pathologie du tonus. Actuellement il serait prématuré d'essayer de localiser d'une manière plus précise l'extension de cette tumeur supra-sellaire dont l'existence ne fait pour nous aucun doute. La situation de la région infundibulo-tubérienne au voisinage du noyau optique interne, des voies pyramidales et de l'épanouissement du pédoncule

cérébelleux supérieur explique suffisamment les autres caractères du tableau clinique.

Les troubles mentaux que nous avons pu relever chez ce malade n'ont rien de bien caractéristique. A une période d'irritabilité extrême fait suite un état d'obnubilation intellectuelle tel qu'on le voit dans les tumeurs cérébrales en général à une période assez avancée de leur évolution.

Le liquide céphalo-rachidien n'est pas modifié. La papille de stase n'a fait apparition que bien longtemps après l'atrophie optique et encore la dilatation des vaisseaux et l'œdème demeurèrent-ils discrets. Ce signe manque d'ailleurs fréquemment dans les tumeurs infundibulaires. Sur les quelques observations publiées nous en avons noté 5 où la papille de stase faisait défaut.

Par contre, la radiographie de la base du crâne donne une image précieuse : elle montre l'élargissement considérable de la selle turcique avec absence presque complète des clinoïdes postérieurs et de la lame quadrilatère.

Telles sont les remarques dont nous voulions souligner l'observation de ce cas de tumeur supra-sellaire chez lequel l'association d'un syndrome parkinsonien tardif donne au syndrome infundibulo-thalamique un caractère très particulier.

Discussion :

M. Orzechowski (de Varsovie). — A l'occasion du cas très intéressant de MM. Nyssen et van Bogaert, je voudrais vous communiquer brièvement un cas observé récemment. Il s'agissait d'une tumeur de l'hypophyse datant de 10 années environ, avec le syndrome total d'une dystrophie adiposo-génitale type Babinski-Frœhlich et les signes radiologiques de destruction de la selle turcique. Il y avait en outre le syndrome de Korsakoff et de la somnolence à côté du syndrome parkinsonien complètement développé. L'évolution de la maladie était rémittente, pendant les rémissions la somnolence disparaissait et les symptômes psychiques et parkinsoniens s'atténuaient considérablement. Il faut enfin mentionner qu'il y avait des douleurs spontanées, de l'hyperalgésie et de l'hyperesthésie au froid des deux côtés du corps, c'est-à-dire des symptômes thalamiques. L'insufflation d'air d'après Dandy, exécutée trois fois chez la malade par la voie lombaire, décela d'après les encéphalogrammes une hydrocéphalie qui était ambilatérale dans la période de rémission et seulement gauche dans les périodes d'aggravation de l'état. Or, nous avons posé le diagnostic d'une

tumeur maligne de l'hypophyse s'étendant vers le ventricule III et le remplissant totalement, obstruant même de temps en temps du côté droit le trou de Monro : il s'agissait donc probablement d'une tumeur partiellement kystique, avec compression des ganglions de la base et du thalamus. L'obduction confirma ce diagnostic, il s'agissait d'un cancer de l'hypophyse qui, quoique très grand, soulevait seulement le plancher du IIIe ventricule, s'enveloppait de lui, mais ne le détruisait nulle part. La tumeur n'était pas donc seulement une tumeur de l'hypophyse, mais aussi, quant à la localisation, celle du troisième ventricule, produisant, comme toutes les tumeurs du IIIe ventricule au sens strict du mot de l'hydrocéphalie.

Ce n'est pas rare que les tumeurs de l'hypophyse envahissent le IIIe ventricule, comme je peux le dire en m'appuyant sur le travail anatomique très bien fondé d'Erdheim, et d'après quelques observations publiées dans les comptes rendus de la Société Neurologique de Paris et d'après ma propre expérience. D'autre part, quand on étudie à fond les cas réunis par Weisenburg dans le travail sur les tumeurs du IIIe ventricule publié dans Brain 1910, on peut se convaincre qu'à peu près la moitié de ces cas étaient en réalité des tumeurs de l'hypophyse. Si on étudie, d'autre part, le côté clinique de ces cas, qui, malheureusement, à l'exception du syndrome endocrinien, est très souvent négligé dans les observations, on peut cependant trouver qu'il y avait là des syndromes fragmentaires parkinsoniens, comme l'abasie, l'akinésie, le tremblement, l'hypertonie sans le signe de Babinski, les troubles inexplicables de la parole ; en somme, des symptômes que nous qualifions aujourd'hui de parkinsoniens. Mais, autant que je sache, il n'y a que deux observations avec une symptomatologie parkinsonienne complète, ce sont les cas de MM. Nyssen et Van Bogaert et le mien.

En concluant, je veux dire qu'il existe un syndrome adiposogénital aux allures parkinsoniennes. Ce type clinique correspond aux tumeurs de l'hypophyse — ou du *tuber cinereum* — d'une grandeur notable avec croissance vers le IIIe ventricule qu'ils remplissent. Ces tumeurs, étant donné qu'elles compriment les veines de Galien, produisent forcément de l'hydrocéphalie, d'où la distension du troisième ventricule et la compression de ganglions de la base et du thalamus avec des symptômes d'ordre parkinsoniens et thalamique. Ces tumeurs méritent d'être classées à part, elles sont inopérables et ne peuvent être traitées que par la radiothérapie.

Sur les anomalies congénitales du cervelet

Par le Dr W. Beyerman

Service ouvert de l'Asite de Meerenberg
Provinciaal Ziekenhuis naby Santpoort

En assistant à vos rapports et communications si scientifiques, j'avais le vif désir de donner, au nom des délégués Hollandais, une modeste communication en hommage à votre assemblée.

Déjà en 1916, j'ai publié une thèse sur 8 cas d'anomalies



Fig. 1. — Crâne normal

congénitales du cervelet chez les débiles mentaux. Mes malades montraient les symptômes spécifiques du syndrome cérébelleux, l'adiadoccokinésie, l'asynergie, l'hypermétrie, le tremblement. Les symptômes n'étaient pas progressifs, même du 10-20e an, il y avait une petite amélioration. Regardant le fait qu'on a trouvé des troubles cérébelleux chez ceux qui, à l'autopsie, montraient un cervelet normal et d'autre part, une absence de symptômes chez ceux qui, à l'autopsie, révélaient un cervelet trop petit, je conclus, en concordance avec l'auteur Anglais Batten, qu'il y avait une correspondance entre la débilité mentale et le syndrome cérébelleux, parce que le

cerveau défectueux ne peut pas remplacer la fonction du cervelet. J'ai nommé mes cas, « imbecillitas cerebelloatactica », tout en reconnaissant que ce n'était qu'une partie du grand groupe des anomalies du système coordinateur.

En cherchant d'autres cas de ces malades qui étaient parfois des cas familiaux (indication d'une agénésie d'un système spécial), je trouvai trois autres malades, père et deux frères, avec une complexité de symptômes assez curieuse et intéressante.

Les deux frères sont deux hommes de 40 ans environ, ils sont depuis 20 ans à l'asile. Ils travaillent tous les jours à la buanderie, ils portent des sacs et poussent de lourds

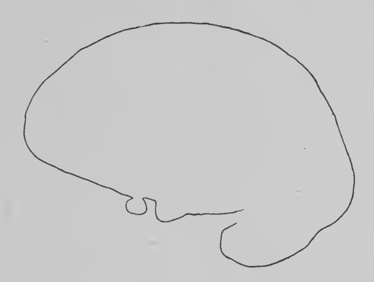


Fig. 2. — Le frère aîné

poids de linge sur une brouette. Cela va fort bien, mais quand on leur demande d'allumer un cigare ou de boire une tasse de café, l'on observe de grandes difficultés, ils ne réussissent pas à allumer le cigare et ils laissent tomber le café sur leurs habits et sur la table. C'est la même chose pour tous les autres mouvements fins; ainsi ils ne peuvent pas écrire, ni faire une ligne droite avec un crayon.

L'importance de ce symptôme diffère en raison de leur débilité. Ainsi le père qui est un débile léger et qui a pu se maintenir dans la société a le tremblement le plus léger, le fils aîné, qui peut encore résoudre les tests de Binet-Simon de 8 ans, présente des symptômes plus sérieux, pendant que l'autre frère, qui peut résoudre seulement les tests de 4 ans, présente les symptômes les plus graves.

Ce tremblement, je le crois synonyme avec le tremblement

intentionnel de la sclérose en plaques, et avec le « volitional tremor » de Ramsay Hunt. On observe aussi chez nos malades un tremblement continu de tout le corps et spécialement de la tête, quand on leur impose un travail difficile, ou quand on leur cause des émotions. J'ai déjà dit que leur marche est normale, il n'y a pas d'autres symptômes du cervelet, ni d'autres symptômes neurologiques.

J'ai fait faire des photographies radiographiques du crâne et voilà le résultat curieux, le seul défaut du crâne était une diminution énorme de la fosse du crâne, postérieure, la place du cervelet. Cette fosse était aussi petite que celle de mes malades avec le syndrome cérébelleux exquisite. J'ai copié les



Fig. 3. — L'autre frère

lignes nécessaires pour voir la longueur et la hauteur de cette fosse (*Clivus, sulcus petrosus superior. Protuberantia occipitalis interna*), et y ai ajouté un crâne normal.

Est-il permis de chercher une relation entre la diminution du cervelet sur la radiographie et les symptômes de mes malades ? Je le crois bien et je pense que mes cas peuvent contribuer un peu à compléter notre connaissance du cervelet. Je veux mémorer que Jelgersma a écrit en 1904 que deux organes sont en communication avec le cervelet, le sens de l'équilibre et le sens musculaire. Beaucoup d'autres observations ont fortifié les suppositions, que la fonction du cervelet est double: la régulation du tonus nécessaire pour le maintien de l'équilibre et la régulation du tonus des muscles nécessaire pour exécuter les mouvements fins et symétriques. Tandis que la première fonction est surtout palæo-cérébelleuse et en relation intime avec le *nervus vestibularis*, la deuxième fonction est purement néo-cérébelleuse et en

relation continue avec le sens musculaire. La première fonction doit être localisée dans le vermis (*lingula, nodulus, uvula* et *flocculus*), elle forme ce que Kappers a nommé le *Pars statica* du cervelet. La régulation des mouvements fins doit être localisée dans le *Lobus anso-paramedianus* (nomenclature de Bolk), cette partie est nommée par Rynberk, le *Pars cerebralis.* Dans la conception de Ramsay Hunt la division est formée par le système *palæodentatus* et *neodentatus.*

Dans mes cas, le tremblement intentionnel fait supposer qu'il y a ici une perte isolée de la fonction néo-cérébelleuse, pendant que la fonction palæo-cérébelleuse est restée intacte, car il n'y a pas des troubles de l'équilibre, ni des grands mouvements automatiques (marcher, grimper), pendant que le tremblement intentionnel est dû à un dérangement des agonists et antagonists sous l'influence d'un déficit de stimulations du sens musculaire. L'importance de mes cas consiste en le fait que dans la littérature, je ne connais pas une perte isolée de cette fonction néo-cérébelleuse et mes malades, donc, sont un soutien important aux hypothèses des recherches de l'anatomie et physiologie du cervelet. L'autopsie enfin constatera l'extension précise de l'agénésie et nous éclairera peut-être sur la corrélation entre la mesure de l'intelligence et celle des symptômes moteurs.

Bibliographie

Dr W. Beyerman. — *Over aangeboren stoornissen van de Kleine hersenen,* 1916.

Prof. Dr L. Bolk. — *Over de physiologische beteekenis van het cerebellum,* 1903.

Prof. Dr G. Jelgersma. — *De physiologische beteekenis van het cerebellum,* 1904.

Dr U. C. Ariens Kappers. — *Psych. en Neur. Bladen,* 1917, p. 77.

Prof. Dr G. van Rynberk. — *De jongste onderzoekingen etc. Ned. Tydschr. v. Geneesk,* 1924, p. 516.

Les viscéralgies d'origine vertébrale

Par M. Laruelle (de Bruxelles)

M. Laruelle (de Bruxelles) relate succinctement l'histoire clinique de malades atteints :

1° d'un *syndrome cardio-aortique* à forme d'angine de poitrine ;

2° d'un *syndrome pylorique* ayant fait penser à un ulcus, et opéré d'ailleurs sur ce diagnostic ;

3° d'un *syndrome solaire* considéré comme crise gastrique tabétique.

4° d'un *syndrome rénal,* en imposant pour une lithiase;

5° d'un *syndrome recto-vésico-uréthral.*

Ces différents cas ont de commun : 1° d'être essentiellement sensitifs, et de faire penser à une lésion viscérale, alors que l'exploration approfondie de ces viscères incriminés reste négative, et que l'examen radiologique de ces mêmes viscères, ne décèle aucune lésion ;

2° de coexister avec des lésions vertébrales plus ou moins étendues, siégeant particulièrement dans la région d'émergence des éléments d'innervation de ces viscères.

Ainsi les radiographies présentées, montrent les lésions osseuses de la colonne dorsale supérieure, dans le syndrome angineux; de la colonne dorso-médiane, dans les syndromes gastriques; de la colonne lombaire, dans les syndromes rénaux et abdominaux inférieurs.

Les lésions vertébrales observées dont l'élément osseux apparaît seul à la radiographie, intéressent vraisemblablement tout l'appareil osseux, ligamenteux, articulaire, vasculaire de la colonne vertébrale. Etiologiquement, ces lésions peuvent être tuberculeuses, ou plus souvent relever de spondilytes rhumatismales ou post-infectieuses.

Quelle que soit leur nature ou leur aspect radiologique, elles ont une répercussion sur les éléments constitutifs des différents plexus, cardio-aortique, solaire, hypogastrique qui innervent les viscères thoraciques et abdominaux.

Elles engendrent ainsi des syndromes douloureux, à allures cliniques bien définies, qui égarent aisément le diagnostic sur les viscères douloureux, alors qu'il s'agit d'algie à distance, dont l'origine est vertébrale, ce que démontre la radiographie de la colonne.

Discussion :

M. Ern. de Massary (de Paris). — La communication de M. Laruelle est des plus intéressantes, plus peut-être que les recherches de contrôle qu'elle suscite que par les résultats acquis. Dans toutes ces algies des modifications osseuses ont été nettement trouvées, cela est vrai ; mais sont-elles la cause des douleurs ? Toute la question est là; il faut rechercher pour répondre à ces questions, si par hasard des lésions analogues n'existeraient pas sans aucune douleur. C'est ce qui a été fait pour la talalgie, cette affection si curieuse dont nous ne connaissons pas la cause. On a trouvé des ostéophytes extrêmement pointus sous la face inférieure du calcanéum, les chirurgiens les ont supprimés, la douleur a persisté. Pour synthétiser ce que je veux dire, voici le cas d'un de mes malades : un homme se plaignait d'une talalgie pénible, je le soigne par les moyens ordinaires, et j'échoue ; un peu ironique, il vint un jour me dire: « vous ne connaissiez pas la cause de mes douleurs, la voilà », et il me montre une radiographie représentant, en effet, de belles aiguilles osseuses sous-calcanéennes sur lesquelles il marchait; « je n'ai plus qu'à me faire gratter mon calcanéum, ajoute-t-il, et tout ira bien ». Je lui conseillais auparavant de se faire radiographier le calcanéum opposé; il ne comprit guère une demande qui aboutissait à l'examen d'un membre entièrement sain, mais s'y prêta. Le calcanéum indolore était plus pointu que le calcanéum douloureux ! Sa talalgie guérit, comme elle était venue, sans cause connue, du moins de moi; c'est le fait habituel. Mon malade conserva ses aiguilles mais ne souffrit plus.

Pour avoir une opinion sur cette question des algies, il faut donc accumuler les faits, et je crois qu'il faut faire des radiographies multiples, j'oserais dire surtout sur ceux qui ne souffrent pas.

M. Roger (de Marseille). — M. Roger insiste sur l'importance des radiographies vertébrales pour le diagnostic des algies, viscérales ou non, du tronc.

Un certain nombre de ces algies sont dues à des maux de Pott au début plus fréquents chez l'adulte qu'on ne le croit. Il a vu évoluer un mal de Pott avec méningite tuberculeuse terminale chez une jeune fille, souffrant de douleurs lombo-abdominales, qui fut d'abord opérée d'appendicite et dont le rein avait été ultérieurement suspecté.

Il a même vu chez des tabétiques des algies dues non à la lésion médullaire, mais à une compression des racines par les ostéophytes du rachis.

Mais il y a lieu de n'admettre que des lésions radiographiques rachidiennes nettes. Par contre ces lésions osseuses peuvent être seulement concomitantes et non causales. Témoin le cas d'un malade dont la sciatique avait été attribuée à un rhumatisme lombaire très accentué et qui ultérieurement évolua comme une compression médullaire.

M. Laruelle (de Bruxelles). — Les épreuves de contrôle que réclame M. de Massary sont en cours d'exécution. Les premiers résultats confirment les données que j'ai exposées.

La contagion de l'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne

Par M. le Prof. Georges Guillain, MM. Th. Alajouanine
et Celice (de Paris)

La contagion de l'encéphalite épidémique durant sa phase aiguë est un fait actuellement démontré, des observations probantes en ont été rapportées dans la littérature médicale. Par contre il ne semble pas que l'on ait envisagé la contagion possible de l'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne, et cependant cette question nous semble d'une très réelle importance théorique et pratique. Le parkinsonisme post-encéphalitique n'est pas la conséquence de lésions anciennes cicatrisées, il est créé par des lésions évolutives où le virus persiste et il n'est pas rare de voir d'ailleurs chez ces parkinsoniens des poussées aiguës fébriles.

Nous avons observé récemment à la Salpêtrière un cas très suggestif où la contagion de l'encéphalite à sa phase parkinsonienne nous a paru être évidente. Dans une de nos salles était hospitalisé depuis plusieurs années un jeune homme de 22 ans, confiné au lit, incapable de se lever, ni de marcher, car il présentait une amyotrophie considérable des membres inférieurs avec paraplégie en flexion consécutive à une poliomyélite aiguë survenue dans la première enfance. Ce jeune homme était entre deux malades atteints l'un et l'autre de parkinsonisme post-encéphalitique absolument typique avec la sialorrhée si souvent observée ; nous ajouterons que dans notre salle il n'y avait eu en traitement aucun cas d'encéphalite à sa phase aiguë.

Vers le mois de mars 1924, notre malade paraplégique par poliomyélite ancienne a été atteint d'une encéphalite épidémique à type léthargique, ayant débuté par une légère angine avec céphalée et état fébrile, et s'étant caractérisée par la prostration, le sommeil invincible, la photophobie, la diplopie, la diminution de l'acuité auditive à gauche. L'examen oculaire

pratiqué par M. Lagrange a d'ailleurs montré l'existence de paralysies oculaires (ptosis, paralysies du grand oblique, paralysie du droit inférieur gauche), ces paralysies dissociées, caractéristiques de l'encéphalite épidémique, ont régressé en quelques semaines, il existait aussi des secousses nystagmiformes dans les mouvements de latéralité des yeux et une diminution de l'acuité visuelle à gauche, le fond d'œil était normal. La phase aiguë de cette encéphalite léthargique a duré environ un mois, l'asthénie a persisté longtemps, maintenant le malade est en apparence guéri.

Notre malade était en contact incessant avec ses deux voisins de lit parkinsoniens post-encéphalitiques ; l'un d'eux avait encore par intermittences des poussées évolutives fébriles. Nous mentionnerons aussi que notre malade avait l'habitude de faire les cigarettes d'un de ses voisins et de les lui allumer, car celui-ci avait une telle raideur de ses membres supérieurs qu'il ne pouvait s'en servir pour les usages communs de la vie journalière. La contagion de l'encéphalite dans notre observation nous paraît d'une évidence absolue, il s'agit d'un fait presque expérimental.

De ce fait nous croyons que l'on peut tirer des conclusions pratiques. Il nous paraît qu'il est nécessaire d'isoler dans les salles d'hôpital les parkinsoniens post-encéphalitiques, spécialement ces parkinsoniens avec phénomènes bulbaires qui ont une sialorrhée incessante. Il faut que les familles connaissent la possibilité de la contagiosité des parkinsoniens ; le parkinsonien qui embrasse ses enfants est incontestablement dangereux pour eux. Il est indispensable de prendre vis-à-vis des parkinsoniens post-encéphalitiques toutes les mesures d'hygiène, de prophylaxie, de désinfection qui, nous semble-t-il, ne sont actuellement jamais appliquées.

Discussion :

M. Froment (de Lyon). — L'intérêt de l'observation de contagion d'une encéphalite épidémique à la phase parkinsonienne rapportée par M. Guillain est d'autant plus grand que les cas publiés de contagion de l'encéphalite à la phase aiguë du début, bien qu'indiscutables, sont eux aussi assez rares.

Ces cas de contagion tardive justifient la pratique suivante que nous préconisons : traitement par l'urotropine avec phases de repos pendant 2 ans. Dans les cas d'encéphalite que nous

avons pu ainsi vigoureusement et longuement traiter, nous n'avons pas jusqu'ici observé ni séquelles, ni état parkinsoniens.

M. Marcel Briand (de Paris). — Le malade signalé par M. Guillain a-t-il présenté de bonne heure des signes permettant de penser à la possibilité d'une forme parkinsonienne ?

M. Guillain (de Paris). — Le malade dont nous rapportons l'observation a contracté son affection depuis 6 mois. Ce n'est que plus tard que nous pourrons savoir s'il y a une évolution vers le parkinsonisme.

M. Laruelle (de Bruxelles). — Dès le moment où la contagion de l'É. L. par un parkinsonien post-encéphalitique est possible et où le véhicule probable en est la salive, il devient important de combattre le symptôme sialorrhée que nous ne considérions jusqu'à présent que comme un symptôme gênant, extrêmement pénible dans certains cas pour le malade.

Je crois utile dès lors de signaler les résultats excellents obtenus pour combattre la sialorrhée par application de radium sur les glandes salivaires ; une application unique sur les différents groupes glandulaires suspend la sialorrhée, en tous cas pour plusieurs mois.

Sur les névrites ascendantes traumatiques pluritronculaires

Par le Dr O. Crouzon (de Paris)

Nous appelons névrites ascendantes traumatiques pluritronculaires, des névrites succédant à un traumatisme portant sur un seul territoire nerveux et qui prenant le caractère ascendant ou irradiant s'étendent à plusieurs troncs nerveux.

La notion de névrite ascendante est ancienne, mais c'est surtout pendant la guerre qu'on a eu l'occasion d'en observer un certain nombre de faits. Guillain et Barré ont étudié des cas de névrite ascendante traumatique : ils ont signalé la possibilité de l'irradiation du processus pathologique aux troncs nerveux voisins mais ils avaient surtout en vue le syndrome clinique déterminant des lésions dans les branches terminales des nerfs. Claude et Lhermitte ont également décrit des névrites extenso-diffusantes. Mais, dans tous ces cas, il semble qu'il se soit agi soit de névralgies diffuses, quelquefois de troubles physiopathiques expliqués par des névrites irradiantes et, dans toutes les observations que nous avons étudiées, il ne semble pas qu'il se soit agi de névrites prenant plusieurs troncs nerveux. Il semble donc, à la lueur de tous ces faits, ainsi que Sicard l'a montré dans une leçon publiée dans le « Sud Médical et Chirurgical », que la névrite ascendante doive être démembrée, dans le *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée,* il pose la question de savoir si la causalgie n'était pas une forme de névrite ascendante, et c'est à un certain nombre de faits qui doivent être précisés que nous voulons faire allusion aujourd'hui.

Voici une observation recueillie par moi au cours d'une expertise :

Il s'agissait d'une blessure ayant atteint un homme au premier espace interosseux de la main gauche, chez lequel on constata, dans la suite, au cours d'un examen complet fait avec exploration électrique, une paralysie non seulement dans le nerf radial, mais dans la sphère du nerf radial et du cubital. Les altérations portaient sur les territoires des trois troncs

nerveux terminaux du plexus radial gauche. Le blessé présentait une réaction de dégénérescence telle que, suivant les conclusions de l'électrothérapeute, le moins qu'on en puisse dire de la répartition de ces lésions, c'est qu'elles sont assez inattendues dans la pratique des accidents du travail; « le rapport avec le traumatisme initial ne semblant nullement établi, il n'y a sans doute là que des lésions de coïncidence », disait l'électrologue, mais contrairement à l'opinion qui vient d'être exprimée, le blessé n'ayant aucune autre cause de lésion névritique, il a paru absolument impossible de rapporter à une autre cause que le traumatisme la névrite pluritronculaire. Le fait semblait donc paradoxal, mais il nous a semblé, à cette époque, que la névrite pouvait envahir les autres rameaux des nerfs voisins, soit par les intermédiaires des anastomoses, soit en raison de lésions vasculaires associées, soit par simultanéité de l'envahissement de plusieurs rameaux nerveux par les toxines. Nous en sommes encore à faire des hypothèses sur le rôle du sympathique et sur le rôle des toxi-infections neurotropes.

Telle était l'observation que nous avions recueillie et communiquée à notre élève Balayé, qui l'a publiée dans sa thèse sur les névrites ascendantes d'origine traumatique, quand depuis cette époque, nous avons eu l'occasion de rencontrer un certain nombre de faits analogues :

Nous avons trouvé un blessé qui, à la suite d'une écharde de bois entrée dans sa main gauche, avait eu, par la suite, non seulement une causalgie, mais une impossibilité complète de mouvoir tous les muscles innervés par les nerfs du membre supérieur avec douleur sur la pression de tous les nerfs. Cette affection, du reste, a évolué vers la guérison complète, au bout de quelques mois.

Une autre observation est celle d'une infirmière qui, à la suite d'une plaie de la main gauche, par éclat de fer portant sur la région de la face dorsale du carpe et du bord externe de l'avant-bras, a été atteinte de névrite ascendante. Par la suite, elle a présenté des troubles de la sensibilité du côté cubital et du côté radial. La force segmentaire était diminuée, par la suite, dans tous les troncs nerveux et la douleur était réveillée aussi bien sur le trajet du médian, du cubital que du radial. Il s'agissait donc encore d'une névrite pluritronculaire.

Une autre observation a trait à une femme qui s'est piquée, en préparant un poisson, à la face dorsale de la dernière phalange du pouce droit : elle a eu une menace de phlegmon. L'in-

flammation a guéri mais elle a ressenti, dans la suite, des douleurs à l'endroit de la piqûre et, un mois après, des douleurs à la partie inférieure de l'avant-bras au niveau du trajet du médian. Puis, un an après, les douleurs remontaient jusqu'au coude et, après trois mois, la douleur avait gagné tout le bras. La pression des troncs nerveux était douloureuse jusqu'au niveau des racines du bras droit et de la base du cou.

Cette série d'observations nous semble devoir être intéressante à relater parce qu'elle constitue incontestablement des faits nouveaux et si nous rapprochons ces faits des névrites ascendantes irradiantes ou extenso-diffusantes déjà connues, il n'en est pas moins vrai que dans les faits antérieurement relevés, on n'ait pas observé la diffusion d'une névrite aux trois troncs nerveux d'un membre supérieur jusqu'aux racines avec localisation quelquefois vérifiée avec précision par l'examen électrique.

Le fait est du reste si peu connu que la première de nos observations a donné lieu à une contestation. La Compagnie d'Assurance, représentée par des médecins très expérimentés, n'avait pas voulu admettre ces faits, les considérant comme paradoxaux. Les observations que nous avons réunies depuis nous ont confirmé dans notre façon de voir et nous pensons qu'il y a lieu de faire connaître ces faits tant au point de vue de la clinique neurologique qu'au point de vue de la médecine légale. Au point de vue de la pathologie nerveuse, il y a là une question de pathogénie que je ne chercherai pas à résoudre définitivement ici : il est possible que l'infection ou la toxi-infection causale agisse sur les nerfs voisins du territoire lésé par l'intermédiaire des anastomoses, soit à cause de lésions vasculaires associées. Au point de vue de la médecine légale, c'est une question également intéressante, car il n'y a pas de doute, que c'est surtout dans les accidents du travail que l'on pourra rencontrer des faits analogues : il ne faudra pas mettre en doute la névrite portant sur plusieurs troncs nerveux, parce qu'un seul des troncs nerveux paraît avoir été atteint seulement dans sa partie terminale. Il n'y aura donc pas lieu de rejeter l'étiologie du traumatisme dans des faits en apparence paradoxaux et si, bien entendu, il faut penser à éliminer les intoxications qui peuvent elles aussi amener des névrites même chez les traumatisés, s'il faut pour apprécier des troubles qui portent exclusivement sur la sensibilité, être circonspect et se méfier de la simulation, il n'en est pas moins vrai que nous sommes convaincus de l'existence d'une névrite

ascendante traumatique pouvant porter sur plusieurs troncs nerveux.

C'est donc à ce titre que nous attirons l'attention du Congrès sur ces névrites traumatiques ascendantes pluritronculaires.

DISCUSSION :

M. FROMENT (de Lyon). — Il est bien entendu que les seuls cas dans lesquels on a pu constater soit une réaction de dégénérescence, soit des troubles de motilité et de sensibilité, dont la topographie correspond exactement sans le déborder à tel ou tel territoire nerveux, autorisent un diagnostic de névrite. Sans quoi ce diagnostic n'est qu'une hypothèse qui ne fait pas ses preuves.

On ne doit pas oublier la possibilité, après blessures, de troubles nerveux caractérisés par des douleurs irradiées, des troubles vaso-moteurs, des troubles trophiques correspondant au syndrome sur lequel avec M. Babinski j'ai attiré l'attention et que nous avons désigné sous le nom de *troubles physiopathiques d'ordre réflexe.*

Ces recherches n'ont rien perdu de leur actualité. On voit assez souvent de tels troubles se développer à la suite des accidents du travail et l'on voit encore des cas de guerre qui se sont comportés (comme nous l'avions prévu) tout autrement que les troubles psychopathiques, pithiatiques et qui subsistent encore.

C'est avec ces troubles physiopathiques qui s'apparentent aux états organiques, que le diagnostic de névrite ascendante doit toujours être posé.

M. GUILLAIN (de Paris). — La névrite peut exister sans réaction de dégénérescence, le terme névrite ascendante exprime simplement le mécanisme de l'infection transmise par voie nerveuse.

M. GAUDUCHEAU (de Nantes). — Les malades qui font l'objet de la communication de M. Crouzon présentaient-ils de la réaction de dégénérescence avec secousse lente et abolition de l'excitabilité faradique ?

M. Crouzon (de Paris). — Les altérations profondes des nerfs ont été mises en évidence dans deux observations par l'électro-diagnostic qui a permis de constater une réaction nette de dégénérescence et, dans l'une d'elles même, cette réaction de dégénérescence a été contrôlée par la chronaxie. Ce sont ces observations qui ont servi de base à mes recherches et m'ont permis de trouver d'autres observations où les altérations des nerfs étaient, quelquefois, moins accentuées. A quelque degré qu'elles fussent, ces lésions n'avaient rien à faire avec les troubles réflexes ou physiopathiques : j'aurais mauvaise grâce à paraître ignorer les travaux de mon très cher maître Babinski.

Lésions des centres nerveux dans le parkinsonisme post-encéphalitique

Par le Prof. A. Donaggio
Directeur de la Clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université de Modène

---

Le parkinsonisme post-encéphalitique est assez bien connu au point de vue clinique ; nous ne pouvons pas en dire autant pour ce qui a trait au tableau anatomo-pathologique. Les cas de parkinsonisme complètement développé, qui ont été publiés avec recherche anatomo-pathologique, sont en nombre relativement limité. Parmi les nombreux cas de parkinsonisme post-encéphalitique que j'ai observés, j'en ai pu étudier, aussi au point de vue des lésions du système nerveux, trois tout à fait typiques et dans une phase de développement complet.

Deux de ces cas ont fait déjà l'objet d'une communication au Congrès de la « Società italiana di Neurologia » à Naples (novembre, 1923). Dans tous les trois cas, l'épisode aigu encéphalitique sous forme léthargique avait eu lieu dans l'hiver, et les phénomènes de parkinsonisme avaient commencé à se manifester dans l'automne. Dans quelque cas de parkinsonisme qu'on a publié, on peut remarquer que la mort est arrivée peu de temps après l'épisode encéphalitique aigu. Dans mes cas la mort est arrivée à une période assez éloignée : dans le premier, après 2 ans et 4 mois, dans le deuxième après 3 ans et demi, dans le troisième après 4 ans et 2 mois. J'ai fait la recherche avec les principales méthodes techniques ; entre autres, j'ai employé ma méthode pour la coloration de ce réseau endocellulaire fibrillaire que j'ai décrit (1896-1900) dans la cellule nerveuse des vertébrés (méthode IV à la pyridine nitrique pour le cerveau et le cervelet, méthode III à la pyridine pure pour la protubérance, le bulbe, la moelle épinière, les ganglions et les nerfs périphériques : v. « Rivista sperimentale di Freniatria », vol. XXX, fasc. 2°, 1904, et « Archives italiennes de biologie », t. XLVI, fasc. 3°, 1906-1907) ; et ma méthode pour la démonstration des dégénérescences primaires et secondaires,

dans la phase initiale, des fibres nerveuses centrales et périphériques (v. « Rivista sperimentale di Freniatria », vol. XXX, fasc. III-IV, 1904, et « Rivista di patologia nervosa e mentale », vol. XXVII, fasc. 1-8, 1922) ; j'ai fait usage aussi d'une méthode que j'appelle « globale », et qui permet l'étude dans la même coupe de différentes parties du tissu nerveux. Je me borne à rappeler dans cette communication les faits les plus importants qui découlent de mes recherches.

Je n'ai trouvé des vrais phénomènes phlogistiques en activité que d'une façon extrêmement limitée et même parfois douteuse.

Dans tous les trois cas le *locus niger* présente des lésions évidentes des éléments cellulaires. La névroglie est augmentée, mais à un degré modéré.

Maintenant, avec la méthode IV pour l'étude du réseau neurofibrillaire endocellulaire, la lésion cellulaire se révèle un peu moins profonde parce qu'on réussit à voir la persistance d'une certaine quantité de cytoplasme avec neurofibrilles autour de nombreux amas pigmentaires. Si l'on pense que les cellules du *locus niger* normal — selon la démonstration obtenue avec la méthode IV par mon aide de clinique M. Testa — ne présentent pas de neurofibrilles dans la partie assez étendue occupée par le pigment noir, de sorte que le réseau neurofibrillaire est limité à la mince couche qui entoure le pigment ; que les méthodes à réduction argentique de Cajal et de Bielschowsky pour l'étude du réseau neurofibrillaire ne donnent pas dans le *locus niger* des résultats satisfaisants, ainsi que cela a été constaté aussi par Callegaris dans la clinique de Mingazzini ; que le phénomène chromatolitique assez facile à se produire contribue à rendre moins visible la mince couche cytoplasmatique ; que le noyau, ordinairement excentrique dans cette région même dans les conditions normales, est souvent caché par le pigment : on s'explique pourquoi la lésion puisse paraître plus profonde qu'elle ne l'est, quand on a fait usage de la méthode IV à la pyridine nitrique.

Mais il s'agit surtout d'une question de degré ; en définitive, à la suite de mes recherches, je suis d'accord avec les auteurs qui ont affirmé l'existence de lésions du *locus niger* dans le parkinsonisme post-encéphalitique.

Au contraire, je n'ai pas trouvé dans aucun de mes cas des lésions remarquables dans les ganglions de la base. J'ai beaucoup limité l'usage du formol (je me suis borné à l'appliquer seulement à des petits morceaux), parce que le formol est un

mauvais fixateur, qui peut provoquer des modifications artificielles surtout dans les ganglions de la base, qui sont très faciles à s'altérer : qu'on se rappelle que Bielschowsky a démontré que l'examen des ganglions de la base en condition normale peut donner des résultats tout à fait semblables à des images pathologiques. Il se peut que, au moins dans une certaine mesure, l'on doive attribuer aussi à ces conditions particulières une partie des lésions décrites par quelque auteur dans les ganglions de la base. L'absence, ou la limitation, des lésions des ganglions de la base dans le parkinsonisme post-encéphalitique a été constatée aussi par Anglade et Gamna.

Jusqu'à un certain point, on pourrait, même en l'absence de lésions du « pallidum », trouver un appui — assez limité, à vrai dire, — à la doctrine qui considère les phénomènes de rigidité du type parkinsonien comme une manifestation de lésion pallidale, dans la présence des lésions du *locus niger*, si l'on considère le *locus niger* comme une dépendance du « pallidum », sur quoi d'ailleurs on pourrait discuter.

Mais, en contradiction avec les exigences de la doctrine, l'application précise des méthodes de recherche, et surtout de la méthode IV et de la méthode globale, m'a révélé dans les deux cas que j'ai décrits en 1923 et aussi dans le troisième cas, l'existence de *lésions profondes et étendues de l'écorce cérébrale, qui jusqu'à présent ont échappé à l'attention des chercheurs, et se trouvent particulièrement dans les circonvolutions préfrontales et surtout dans la région motrice.*

Avec la méthode globale j'ai trouvé entre autres les faits suivants :

Amas de formations corpusculaires, grossièrement rondes, d'une dimension variée — de la moitié au double d'un globule rouge —, ou bien allongées : ces formations sont placées dans la substance grise et dans la substance blanche ; assez souvent sont en rapport avec les vaisseaux : je ne peux pas me prononcer pour le moment sur la signification de ces amas.

Formation en peloton : il s'agit de gros filaments granuleux, qui se trouvent dans des lacunes rondes : ils sont enroulés sur eux-mêmes en un peloton épais. Une comparaison entre ces *formations en peloton* et la deuxième série des formations décrites par Lewy dans la maladie de Parkinson, et confirmées par Lafora, n'est pas facile ; contrairement à ce qu'on constate dans les *formations en peloton,* dans la deuxième série des corps de Lewy existe une substance fondamentale homogène, les filaments sont espacés et discontinus ; il y a

aussi une différence au point de vue histochimique, parce que les corps de Lewy sont acidophiles tandis que les formations en peloton sont basophiles ; il faut ajouter que la deuxième série des corps de Lewy n'a été jamais trouvée dans l'écorce cérébrale.

Plaques d'hypercoloration : on les rencontre surtout dans la substance blanche ; leur dimension rappelle celle des plaques séniles, sans en avoir aucun des caractères de structure ; résistantes à la décoloration, elles se détachent nettement du tissu environnant ; les éléments du tissu compris dans la plaque sont colorés d'une façon intense ; le fond de la plaque a une coloration diffuse et l'on y aperçoit une structure filamenteuse : on dirait que ces plaques sont en relation avec un dépôt de substance abnorme.

Avec la méthode IV à la pyridine nitrique, j'ai trouvé, également dans les circonvolutions préfrontales et surtout dans la région motrice de l'écorce cérébrale les faits suivants :

Lésions profondes du réseau neurofibrillaire endocellulaire : ces lésions n'ont pas été décrites jusqu'à présent dans le parkinsonisme. Dans le corps cellulaire, fréquemment enflé, le réseau est transformé dans une masse compacte, dans laquelle, si l'on examine à fort grossissement, l'on constate parfois l'existence de fibrilles extrêmement amincies, visibles avec difficulté ; dans ce réseau, si profondément transformé, on trouve des taches claires, qui n'ont rien de commun avec les dépôts endocellulaires de pigment jaune, qu'on rencontre également avec une grande abondance dans ces cellules lésées : en effet, les dépôts de pigment jaune sont traversés par les fibrilles du réseau, tandis que, en correspondance de ces taches claires, le cytoplasme est complètement dépourvu de neurofibrilles. Ces lésions sont diffuses et ont une distribution inégale. On les rencontre aussi dans un certain nombre des grandes cellules pyramidales. Il faut rappeler que, selon mes recherches, le réseau neurofibrillaire endocellulaire des mammifères adultes se comporte d'une façon parfaitement opposée à celle de la substance chromatique : la substance chromatique se détruit facilement même dans des conditions qui n'ont aucune signification pathologique, tandis que le réseau résiste vis-à-vis des conditions morbides assez graves (c'est la *loi de la résistance,* que j'ai formulée en 1904, et qui est en relation avec l'application des méthodes IV et III, parce que les méthodes à réduction argentique, à cause de l'inégale distribution de la réaction, peuvent donner des résultats incertains, tout par-

ticulièrement dans la pathologie humaine, comme on a pu préciser avec des recherches comparatives) ; ainsi, les lésions du réseau neurofibrillaire dans les mammifères adultes (dans le nouveau-né le réseau se comporte d'une façon bien différente) ont une valeur anatomo-pathologique. Si l'on compare les lésions du réseau neurofibrillaire, que j'ai rencontrées dans le parkinsonisme postencéphalitique, aux résultats des recherches faites également avec les méthodes IV et III dans nombreuses conditions de la pathologie expérimentale et de la pathologie humaine, on voit qu'il s'agit de lésions profondes.

Petites aires de raréfaction dans la substance grise : dans les coupes des morceaux traités avec la méthode IV, où la différenciation de la couleur n'a pas été poussée jusqu'à obtenir la coloration élective des neurofibrilles, on voit, au milieu de ces aires, des amas neurogliques colorés par métachromasie (thionine). (Dans ces mêmes conditions, la substance blanche présente assez rarement, également par métachromasie, des amas moriformes en proximité des vaisseaux).

Pour ce qui a trait à d'autres régions qui ont le plus attiré l'attention des chercheurs — le corps de Luys, l'écorce cérébelleuse, le noyau dentelé, le noyau rouge (auquel peut-être on a donné dans la pathologie humaine plus d'importance qu'il ne mérite, parce qu'il est dans l'homme très réduit surtout dans la partie « magnocellularis ») —, où quelque auteur a décrit des lésions, mes recherches coïncident avec les résultats de la majorité des auteurs qui n'ont pas trouvé des lésions considérables.

Au point de vue de l'intensité, les lésions, que j'ai décrites, sont plus marquées dans deux cas, le premier et le troisième ; dans le deuxième cas, le *locus niger* a conservé sa structure dans une petite extension de sa partie distale, où l'on observe seulement de la dépigmentation.

Dans tous les trois cas, les voies pyramidales sont normales. Il s'agit d'une normalité complète, parce que non seulement les méthodes de Marchi et de Weigert ont donné un résultat négatif, mais aussi ma méthode pour la dégénérescence initiale primaire et secondaire de la fibre nerveuse n'a démontré l'existence d'aucune fibre dégénérée dans les voies pyramidales. Avec cette méthode pour la dégénérescence initiale, j'ai pu déceler dans le premier, et moins accusée dans le deuxième cas, la lésion d'un certain nombre des fibres dans le territoire des faisceaux de Flechsig et de Gowers : les méthodes de Marchi et de Weigert avaient donné un résultat négatif.

Cette lésion est récente parce qu'il n'y a aucun ressentiment de la névroglie, a une distribution assez variable dans les différentes sections de la moelle et n'est pas exactement systématisée : peut-être cette lésion initiale est primaire (d'origine toxique ?). Dans le troisième cas, ces lésions initiales n'existent pas.

Les régions qui se sont révélées nettement et constamment lésées dans mes cas, sont l'écorce cérébrale et le *locus niger.* L'existence des lésions profondes de l'écorce cérébrale, décélée surtout par mes méthodes, dans tous les trois cas de parkinsonisme, n'est pas en faveur de la doctrine qui attribue à la lésion pallidale, le phénomène de rigidité parkinsonienne; ni la doctrine de la localisation exclusivement *nigrique,* est en correspondance des faits d'observation tels qu'ils résultent de ces recherches. Je pense qu'on doit attirer l'attention sur l'examen histologique de l'écorce cérébrale plus qu'on ne l'a fait. De ces recherches, se dégage la conclusion, que je présente comme constatation objective des faits observés, qu'au lieu d'une localisation exclusivement *nigrique,* ou d'une localisation *lenticulo-nigrique,* ou simplement lenticulaire, l'on doive prendre en considération pour le parkinsonisme post-encéphalitique, une *localisation cortico-nigrique.*

Discussion :

M. Anglade (de Bordeaux). — Je retiens de la communication de M. Donaggio, qu'il a rencontré, dans le système nerveux des parkinsoniens post-encéphalitiques, des lésions constantes au niveau du *locus niger* et du cortex préfrontal. Le système pallidal lui a paru épargné. J'avais fait les mêmes constatations dans mon rapport au Congrès de Quimper (1922). Je suis particulièrement heureux de me trouver d'accord avec un anatomo-pathologiste aussi autorisé que l'est M. Donaggio.

M. Aug. Wimmer (de Copenhague). — Messieurs ! Permettez-moi d'ajouter quelques mots à la communication très intéressante de M. le Professeur Donaggio.

A mon avis, on doit, jusqu'à plus amplement informé être un peu discret à rapporter à une lésion isolée du *locus niger* le parkinsonisme post-encéphalitique.

Dans une monographie sur l'encéphalite épidémique chronique qui vient de paraître, en anglais, j'ai pu rapporter neuf

cas avec autopsie, d'aspect clinique varié. Dans tous les cas. on trouve des lésions anatomo-pathologiques plus ou moins *diffuses*. Surtout, à côté des lésions, souvent très graves du *locus niger*, on décèle presque toujours des lésions du pallidum.

En plus, il y a certainement, dans le fonctionnement du système extra-pyramidal, une *intégration* très compliquée des différentes parties du système. De sorte qu'on ne doit pas, pour le moment, être trop affirmatif sur le rôle qu'on accorde à l'un ou à l'autre des centres extra-pyramidaux.

Gliome cérébral intraventriculaire traité par la radiothérapie pénétrante

Par MM.

J. Jumentié (de Paris)
Directeur du Laboratoire de la Fondation Déjerine

M. Olivier
Médecin Directeur
de la Maison de santé
départementale de Blois

Leclaire
Interne de la Maison
de santé
départementale de Blois

(Radiothérapeute : Dr Herdener, de Blois)

La question de la radiothérapie profonde des tumeurs cérébrales, étant à l'ordre du jour, l'observation que nous apportons aujourd'hui, nous paraît devoir servir de contribution utile à cette étude importante. Bien que les rayons employés n'aient été que moyennement pénétrants et leur dose totale assez faible, il s'est produit des modifications importantes dans la symptomatologie de notre malade, qui méritent d'être signalées.

Observation. — M. P..., âgé de 35 ans, entrait à la Maison de Santé départementale de Blois le 23 août 1921 pour « des troubles « psychiques caractérisés par une irritabilité grandissante, un « affaiblissement marqué des facultés intellectuelles avec troubles « de la mémoire, aboulie, apathie, indifférence morbide, in- « conscience de son état ; gâtisme urinaire » (certificat d'entrée du Dr Boidart, médecin-adjoint de l'Etablissement).

On ne notait à ce moment aucun trouble de la parole, ni de la vue ; simplement une démarche hésitante avec chutes fréquentes.

L'interrogatoire nous apprenait que, bien portant jusqu'à 16 ans, P. avait eu à cette époque une pleurésie à la suite de laquelle il était resté délicat et avait été versé dans les services auxiliaires. Après la démobilisation, il aurait mené une existence irrégulière, faisant usage de morphine et de cocaïne et abusant d'alcool.

Il était à relever dans ses ascendants qu'un oncle maternel avait

été interné pour crises alcooliques et qu'un cousin, troublé au point de vue psychique, était épileptique.

Le début des accidents qui déterminèrent l'admission de P. à Blois remonte au début de 1921, il fut marqué par des céphalées accompagnées de vomissements, des vertiges entraînant la chute à maintes reprises.

L'entourage avait remarqué depuis quelques jours que ce garçon qui avait toujours été de tempérament nerveux, défiant, susceptible, timide et faible, mais facilement irritable, avait des allures bizarres, il disparaissait pendant plusieurs jours de son domicile et à son retour se montrait pâle, hagard et étrange. Son irritabilité était devenue extrême, il se croyait persécuté. Il passait des après-midi entières affaissé dans un fauteuil en état de demi-somnolence. Sa démarche était hésitante, facilement il perdait l'équilibre ; par instant il était pris de tremblements.

En mai de la même année s'installaient des troubles sphinctériens (insuffisance vésicale et rectale).

Un examen de sang pratiqué à l'entrée avait montré une réaction de Wassermann négative.

Le 10 septembre 1921, le médecin assistait à un accident nouveau. Le malade présentait une *crise d'épilepsie ;* assis, il s'affaissait, perdant partiellement connaissance, les yeux ouverts quelque peu révulsés, les mâchoires contractées. Les membres gauches seuls étaient animés de mouvements convulsifs, puis le siège de tremblements prolongés, les membres droits étaient indemnes. Le malade ne pouvait causer durant la crise. Le retour à la conscience était progressif.

A partir de ce moment, ces crises convulsives se renouvelaient avec une fréquence croissante. On en constatait 15 dans le mois, 33 en octobre, 62 en novembre, 111 en décembre.

Au début de janvier 1922, on notait : une démarche lente, difficile, à petits pas, les bras écartés, le corps légèrement incliné à gauche.

Aucune paralysie cependant, pas de mouvements combinés de la cuisse et du tronc.

Des réflexes tendineux normaux (les rotuliens un peu forts). Des réflexes cutanés abdominaux et crémastériens indemnes. Pas de signe de Babinski.

Pas de signe de Romberg.

Une exaltation de la sensibilité tactile et thermique.

Pas de troubles apparents de l'acuité visuelle.

La réaction de Wassermann faite à nouveau se montrait négative.

L'indocilité du malade ne permettait pas de pratiquer une ponction lombaire.

L'état du malade s'aggravait encore dans les mois suivants. Le nombre des crises augmentait, 102 en janvier, 118 en février, 128 en mars, 158 en avril.

A ce moment (avril 22) apparaissaient des troubles de la vue qui baissait rapidement. Un examen du fond d'œil fait peu après révélait de la stase et de l'atrophie papillaires.

Le 2 mai on parvenait à faire une ponction lombaire; on trouvait: un liquide fortement hypertendu (écoulement en jet soutenu) ; une hyperalbuminose légère : 0,40 centigr. ; pas d'hyperleucocytose ; des traces de sucre ; une réaction de Wassermann négative.

Le nombre des crises convulsives s'élevait encore : 173 dans ce mois.

Le 4 juin 1922 nous voyons ensemble le malade et constatons :

une baisse considérable de la vision (la perception de la lumière du jour paraissant seule un peu conservée) ;

de l'obnubilation ; des crises épileptiformes fréquentes (3 à 4 dans les vingt-quatre heures), nocturnes et diurnes, siégeant surtout à gauche et accompagnées souvent de perte de connaissance, d'émission d'urine et parfois de morsure de la langue.

Il existe de l'enraidissement, une hypertonie musculaire généralisée avec maximum net à gauche, de la trépidation épileptoïde parfaite du pied gauche, des réflexes tendineux vifs, sans signe de Babinski.

Quand le malade est assis, ou debout, au repos et dans la marche, son tronc s'incline et s'incurve sur la gauche.

On note une hyperesthésie généralisée extrême sans aucun trouble de la sensibilité profonde : pas de signe de Romberg. La sensibilité de la face, l'audition et l'olfaction sont normales.

Ni aphasie ni dysarthrie, pas d'apraxie.

La déglutition est normale.

La musculature oculaire est intacte ; pas de nystagmus. Les pupilles sont largement dilatées et réagissent très faiblement.

Pas d'atrophie musculaire ni de troubles vasomoteurs.

Les troubles sphinctériens intermittents au début sont devenus permanents.

Le malade n'accuse ni vertiges ni céphalées. Il présente un amoindrissement psychique considérable, il est affaissé, sans initiative ; il a de la dysmnésie d'évocation, quelques idées délirantes et de suicide qu'il justifie par la persistance de son état.

Un nouvel examen du fond d'œil est pratiqué, il montre une perte totale de la vision par neuro-rétinite bilatérale très marquée avec bords papillaires confus, veines un peu dilatées, pas de saillie de stase pure.

Devant ces renseignements fournis par l'examen ophtalmoscopique et en l'absence du moindre signe de localisation, l'hypothèse d'une intervention chirurgicale est repoussée. Nous décidons de faire faire de la radiothérapie profonde, l'épreuve du traitement antisyphilitique étant restée inefficace.

Le traitement est appliqué par le D[r] Herdener de Blois qui nous a fourni les renseignements suivants :

Eléments physiques de chaque séance : Tension mesurée par 26 centimètres d'étincelle ; *intensité,* 2 milliampères ; *distance* de l'anticathode à la peau : 23 centimètres ; *filtre* de 5 millimètres d'aluminium. *Durée* de chaque application (sur une seule porte d'entrée), 6 minutes.

Dans chaque séance, irradiation sur deux portes d'entrées latérales, sur les zones de Rolando.

Les séances ont lieu les 7, 17, 27 juillet, 9, 26 août, 4 septembre. *Cinq jours après la deuxième irradiation, il se produit une modification importante dans la fréquence des accès convulsifs, pendant 3 jours en effet il n'y a pas de crises ; à partir de ce moment, elles font défaut un jour sur deux, puis elles se raréfient encore davantage,* 18 en août au lieu de 70 en juillet et 117 en juin. Un peu plus fréquentes en septembre (26), elles cessent complètement à partir du 31 de ce mois *et elles ne se reproduiront plus durant quinze mois.*

Cet important changement ne s'accompagne malheureusement d'aucune modification des autres troubles présentés par le malade ; il n'y a pas de régression des troubles oculaires et l'état psychique s'aggrave même ; l'amoindrissement intellectuel progresse, la désorientation est complète ; l'indifférence affective totale ; rires immotivés, au moins en apparence ; torpeur, hébétude, irritabilité par accès.

L'état physique s'altère progressivement ; des débâcles diarrhéiques surviennent fréquemment, alternant avec des périodes de constipation opiniâtre, les vomissements alimentaires sont fréquents, rejets n'ayant nullement les caractères des vomissements cérébraux. L'amaigrissement est important, les forces déclinent et au début d'août 1923 P. doit s'aliter.

Vers la mi-décembre réapparaissent quelques manifestations motrices consistant en tremblements localisés de préférence à gauche. Le 31 du même mois se produit une crise convulsive comparable à celles présentées par le malade avant le traitement radiothérapique.

Le mois de janvier se passe sans accidents épileptiformes mais en février on note dix crises accompagnées fréquemment de vomissements ; treize en mars.

En avril elles augmentent de fréquence, en même temps l'état général du malade s'aggrave considérablement. Le 18, il ne répond plus que par monosyllabes et après des interrogations répétées ; les membres sont contracturés (les supérieurs en flexion, les inférieurs sont en demi-flexion à droite, en extension à gauche) ; les tentatives de mobilisation des segments enraidis sont douloureuses. Les réflexes tendineux existent mais sont difficiles à provoquer. Les pupilles sont égales, mais ne réagissent pas. Pas d'élévation de température, le pouls est à 72. Le lendemain les contractures augmentent, l'état de prostration s'accentue, le malade ne répond plus.

L'alimentation est défectueuse, l'amaigrissement accentué, les lèvres sont fuligineuses.

Le 23, le coma est absolu, une escharre trochantérienne gauche est apparue, le pouls s'accélère, 104 ; la température est à 38°5.

Le lendemain, l'alimentation est devenue impossible, le pouls est à 118, la température à 39°, la contracture subsiste.

Le 25, la contracture diminue, surtout aux membres supérieurs, le pouls est à 120, la température à 39°. La mort survient le lendemain 26 avril.

Examen anatomique. — L'autopsie est pratiquée après formolage *in situ.*

A l'ouverture du crâne, on est frappé par une certaine fragilité de la voûte dont l'épaisseur est réduite dans les régions fronto-pariétale gauche et pariétale droite.

On note sur la convexité durale la présence de nombreuses productions méningées et vasculaires au point d'élection des granulations de Pacchioni, du volume d'un pois, s'étant creusées de petites logettes ovoïdes à la face interne de la voûte cranienne dont la paroi osseuse considérablement réduite atteint en certains points l'épaisseur d'une feuille de papier à cigarettes, et fait même saillie à l'extérieur sous forme d'une petite élevure perceptible au palper et à la vue après réclinaison des téguments épicraniens. Dans la région du vertex, à droite de la ligne médiane et dans la région frontale gauche, la perforation du crâne est presque complète au niveau de ces fossettes. La dure-mère est en un point complètement usée à l'emporte-pièce.

Au moment où le cerveau est enlevé, il s'écoule un liquide citrin qui paraît être du liquide céphalo-rachidien.

L'examen du cerveau est fait ultérieurement par l'un de nous au laboratoire de la Fondation Déjerine. Voici le résumé de ces constatations:

Le cerveau est volumineux, œdématié, avec des circonvolutions aplaties.

A la base, la moitié postérieure du chiasma (bandelettes optiques) a disparu sous la poussée de l'infundibulum qui fait saillie et comble tout l'espace interpédonculaire. Les nerfs optiques sont atrophiés et complètement gris.

Une série de coupes macroscopiques vertico-transversales est pratiquée dans le cerveau, elles montrent :

1° Une augmentation de volume de tout l'hémisphère gauche.

2° Une dilatation considérable du ventricule latéral correspondant dont les cornes frontale et occipitale sont fortement distendues et la portion centrale remplie par une volumineuse masse néoplasique, de consistance mollasse, de coloration sanguinolente. Cette tumeur ne diffuse pas dans le tissu cérébral avoisinant et n'adhère que par certains points aux parois ventriculaires, en particulier au niveau de la partie gauche du septum lucidum.

3° Un refoulement considérable, sous la poussée de cette tumeur, de la cloison interventriculaire et par son intermédiaire de la portion centrale de l'hémisphère droit qui se trouve ainsi aplati au niveau de la capsule interne. La tumeur de ce fait paraît remplir en certains points les deux tiers du ventricule latéral droit.

4° Un abaissement des piliers du trigone et de ce fait une réplétion et une distension de la cavité du 3e ventricule au niveau de l'infundibulum par la tumeur coiffée par ces piliers. Cette poussée inférieure est cause de l'écrasement du chiasma (voir fig.).

Les plexus choroïdes sont indépendants de la tumeur.

L'examen histologique de cette tumeur permet de la classer parmi les gliomes à petites cellules, elle est formée aux dépens de la glie sous-épendymaire.

Nous avons l'intention de revenir sur cette observation, quand nos examens histologiques seront complètement terminés. Nous tenons aujourd'hui à attirer l'attention sur certains points intéressants qui ressortent de l'étude clinique et de son rapprochement des constatations anatomiques.

Chez ce malade, nous avons eu recours à la radiothérapie devant l'insuccès des autres méthodes thérapeutiques et l'inutilité d'une intervention chirurgicale, la perte de la vision étant absolue et due autant si ce n'est plus à l'atrophie optique qu'à la stase papillaire.

Les renseignements techniques du radiothérapeute rapportés plus haut montrent que le traitement radiothérapique appliqué à Blois, doit être considéré comme de la radiothérapie *demi-profonde*. D'autre part, les applications ont été un peu espacées, de faible durée et on n'a employé que 4 h. à peine. Il s'agit donc d'un traitement peu poussé. Les moyens dont on pouvait disposer sur place ; la prudence avec laquelle on est intervenu (dans l'inconnu de ce traitement, encore à l'étude aujourd'hui), expliquent ces faits.

Malgré cela, très rapidement après le début de cette irradiation des deux régions Rolandique (3 jours après la 2e semaine), les crises convulsives qui depuis un an se produisaient journellement et jusqu'à 5 et 6 fois par jour, disparaissaient pendant trois jours, reparaissaient un jour, pour cesser à nouveau pendant vingt-quatre heures et à partir de ce moment se raréfiaient (18 crises en août, au lieu de 70 en juillet). Elles disparaissaient complètement vingt-quatre jours après la dernière application pour ne reparaître que 15 mois plus tard.

Que faut-il penser de cette modification de l'état épileptiforme, vieux d'une année, disparaissant complètement pendant quinze mois après une irradiation mi-profonde des régions motrices. Simple coïncidence ? ou action thérapeutique ? Nous n'oserions trancher cette question avec certitude; il nous paraît cependant difficile de ne pas tenir compte de cette suppression si complète des crises, on ne peut dire en effet qu'elle ait été la conséquence d'une souffrance plus grande, d'une destruction des cellules nerveuses motrices puisqu'aucune paralysie n'a succédé à ces phénomènes d'excitation, et qu'ils ont reparu avec les mêmes caractères, un an et demi plus tard.

On peut, il nous semble, conclure qu'il y a eu action réelle mais insuffisante de la radiothérapie, puisque les autres symptômes (torpeur, troubles psychiques, etc...), n'ont subi aucune régression ; la situation profonde de la tumeur dans les cavités ventriculaires explique peut-être l'insuffisance d'une irradiation mi-profonde, incapable d'agir d'une façon vraiment modificatrice et définitive sur les éléments néoplasiques. La suppression momentanée des accidents convulsifs tient peut-être également à une action inhibitrice transitoire des rayons sur les cellules de l'écorce Rolandique.

Le refoulement de l'infundibulum vers la base, l'écrasement consécutif du chiasma, la dégénérescence grise des nerfs optiques sont autant de constatations qui rendent compte de l'aspect spécial de la papille qui n'était pas celui de la stase pure et de la rapidité d'apparition des troubles visuels.

Enfin la prédominance à gauche des phénomènes convulsifs et de la contracture nous paraissent pouvoir être expliqués par le refoulement et l'écrasement de l'hémisphère droit au niveau de la capsule interne (point où la compression paraissait se faire au maximum), il s'agirait là de phénomènes moteurs homolatéraux par rapport à la lésion, analogues à ceux que M. Babinski a signalés avec Clunet en 1908.

Nous rappelerons en terminant l'importance des troubles psychiques, dans ce cas où la tumeur éloignée de l'écorce était strictement intra-ventriculaire.

On ne peut vraiment tirer de déductions localisatrices dans ce cas où l'œdème cérébral et la compression à distance sont si accentués.

Discussion :

M. Brissot (de Rouffach). — Le Dr Brissot a observé, il y a quelque temps, à l'asile de Rouffach un malade absolument identique à celui de M. Jumentié : syndrome d'hypertension avec crises convulsives, névrite optique dégénérative, hémiparésie gauche et très forte dissociation albumino-lymphocytaire (*1 gr. 60* d'albumine par litre). Le Dr Brissot avait hésité au début entre le diagnostic de tumeur cérébrale et celui de spécificité.

L'évolution de la maladie fut longue et le malade succomba une huitaine de jours après son entrée dans l'établissement.

A l'autopsie, on découvrit une tumeur volumineuse (*gliome*) *du corps calleux.*

Radiothérapie des tumeurs cérébrales (non hypophysaires)

Par M. F. Bremer (de Bruxelles)

M. F. Bremer, rapporte au nom de MM. H. Coppez, F. Sluys et au sien les résultats de leurs essais de radiothérapie profonde des tumeurs de l'encéphale (non hypophysaires).

Dix malades ont été traités au cours des deux dernières années. Tous présentaient, outre un syndrome non équivoque d'hypertension intra-cranienne, des symptômes de localisation précis et parfois même mesurables (hémianopsie, exophtalmie). Dans deux cas, parmi les plus démonstratifs au point de vue de l'efficacité des rayons, une intervention chirurgicale (Dr Neuman, Dr P. Martin) avait permis de vérifier la nature du néoplasme, gliomes cavitaires non extirpables.

La résistance surprenante du tissu nerveux normal, et la possibilité d'accumuler les doses de rayons en un point par la méthode des feux croisés, ont permis d'appliquer des doses très fortes en un temps court (en principe 16.000 R. en 10 jours).

Les résultats ont été dans l'ensemble très encourageants, parfois brillants. Quatre malades ont pu, à la suite du traitement reprendre une vie active. L'un d'eux, porteur d'un gliome cavitaire, vérifié opératoirement, du lobe temporal gauche et atteint d'hémianopsie et d'alexie complète, a été véritablement sauvé par la radiothérapie et depuis deux ans mène une vie active. Un mois après la fin du traitement, il pouvait reprendre sa profession d'employé de banque, avec un champ visuel beaucoup amélioré. Une récidive grave survenue un an plus tard a été également rapidement jugulée par la radiothérapie.

Un résultat excellent a été enregistré aussi dans le cas d'un gliome cérébelleux vérifié opératoirement.

Deux malades jeunes, atteints vraisemblablement de gliomes sont morts après une longue rémission, véritable guérison apparente.

Ces résultats, en accord avec ceux de Pancoast-Frazier, paraissent démontrer la radio-sensibilité des gliomes.

Mais radio-sensibilité, et même destructibilité, ne sont pas synonymes de curabilité. Celle-ci doit dépendre de plusieurs autres facteurs : lenteur de résorption du néoplasme mortifié, qui peut causer la mort par son volume excessif ou sa situation dans le réduit de la fosse cérébrale postérieure (Ce facteur semble avoir été la cause de certains échecs récemment rapportés par Roussy); malignité du gliome impliquant la nécessité pour une guérison définitive de la destruction de toutes les cellules néoplasiques.

Pour ces deux raisons, les chances de succès seront d'autant plus grandes, que le traitement aura été plus précoce.

La radiothérapie ne doit pas être substituée, mais associée au traitement chirurgical, palliatif ou curatif selon les circonstances.

Discussion :

M. Gauducheau (de Nantes). — J'estime en ce qui concerne le cas du très intéressant malade dont MM. Jumentié et Olivier viennent de nous rapporter l'observation que l'essai du traitement radiothérapique était parfaitement justifié, je crains seulement que les doses administrées n'aient été trop faibles, trop peu pénétrantes, trop espacées.

Actuellement en effet au point de vue de la radiothérapie et du pronostic, les tumeurs cérébrales doivent être divisées en deux groupes :

Celles de la région hypophysaire, qu'elles entraînent ou non des modifications radiographiques de la selle turcique, sont en général assez radio-sensibles; elles cèdent parfois et définitivement à des doses minimes de rayons assez peu pénétrants; deux de nos malades traitées en 1919-1920 avec des appareils ne dépassant pas une tension de 100.000 volts (23 cm. d'étincelle équivalents) ont vu leur tumeur définitivement arrêtée et demeurent guéries.

Au contraire, sur les tumeurs qui siègent en toute autre partie du cerveau, la radiothérapie, même à 200.000 volts (40 cm. d'étincelle équivalents) donne des résultats inégaux et souvent décevants. Cela tient à ce que ces tumeurs sont souvent peu radio-sensibles et qu'il est souvent impossible comme dans le cas de MM. Jumentié et Olivier d'en préciser le siège ! autant

de raisons qui conduisent à appliquer un traitement aveugle et insuffisant.

De plus certains malades, ou plutôt leur famille, nous ont en deux occasions refusé tout traitement radiothérapique en raison de la dépilation, pas toujours définitive cependant, qui devait s'ensuivre sur les zones irradiées.

Ajoutons enfin que sur ces tumeurs peu radio-sensibles et parfois volumineuses, une dose élevée est nécessaire : elle se chiffre par plusieurs heures d'irradiation (sous 200.000 volts) qu'il importe cependant d'espacer sur une durée d'environ trois semaines pour éviter la possibilité de réactions méningées comme Roussy en a signalé dans un cas.

Il y a donc lieu de se demander si en raison des faibles doses reçues par le malade de MM. Jumentié et Olivier, la tumeur elle-même a été en quelque façon influencée et si les crises jacksoniennes n'ont pas été espacées, puis supprimées par un mécanisme différent, qu'il est impossible à l'heure actuelle de préciser.

IV. COMMUNICATIONS RELATIVES A L'ASSISTANCE

Le Patronage familial de convalescence de la Seine à Lurey (Allier)

Par MM. P. Fleurot et A. Marie (de Paris)

Nous avons l'honneur de vous rendre compte des premiers efforts réalisés depuis le 21 mars 1924, pour l'organisation de la Colonisation familiale des convalescents sortis des asiles de la Seine.

Ces convalescents ont été désignés ainsi que les études préalables l'avaient préconisé dans plusieurs rapports depuis 1901, parmi les placements volontaires d'abord (sans antécédents judiciaires et non dangereux). Parmi eux, ainsi d'ailleurs que parmi le placement d'office, il en est dont la sortie immédiate n'est pas indiquée sans une transition intermédiaire tutélaire entre l'asile et la pleine liberté. Il importait de choisir parmi eux, des sujets bien connus du médecin traitant pour n'encourir aucune déconvenue et pour écourter si possible la période de réadaptation sociale, dans les conditions les moins coûteuses possibles. Ce genre de malades est d'ordinaire maintenu à l'Asile 5 à 6 mois après la cessation du délire au prix de (20 francs par jour, environ, à Paris), alors qu'à la Colonie, ils coûtent le tiers de ce prix et voient leur convalescence accélérée (double économie). Il fallait d'autre part placer ces sujets dans une colonie distincte de celles pour aliénés chroniques, qui sont soumis à toutes les prescriptions de la loi de 1838, alors que les convalescents sortis relèvent plutôt de la loi de 1913, ainsi que l'a considéré le Conseil supérieur de l'Assistance.

Ces ex-malades, libres par définition, puisque portés sor-

tants, peuvent être rayés des registres de la Colonie sur leur demande s'ils trouvent une situation ou un appui autre que celui de l'Administration; leur assistance est éminemment temporaire.

Dès qu'ils quittent la Colonie, ou le placement qui en dépend, avis est donné à l'Administration centrale de leur radiation.

Les nourriciers susceptibles de les recevoir, sont à recruter dans la même région où furent déjà placés, par l'un de nous, 100 vieillards, il y a plus de 15 ans.

Cette colonisation n'a cessé de subsister qu'à la fin de la guerre, parce qu'on n'a pas su ou voulu en haut lieu la continuer.

Aucun inconvénient sérieux du côté des assistés comme du personnel nourricier, n'est jamais survenu qui n'eût pu être aplani si on s'en fût soucié. Il a même fallu supprimer les derniers placements *manu militari,* si l'on peut ainsi dire de l'intervention du garde-champêtre qui a dû rembarquer les derniers assistés obstinés à profiter de l'assistance familiale alors que les bureaux leur imposèrent une assistance centralisée plus coûteuse.

Les nourriciers privés de ce gagne-pain avaient pris 120 enfants du Nord que la Croix-Rouge américaine leur confia. Cette enfance assistée vient de disparaître avec les fonds américains.

De malencontreuses discussions théoriques sur le bien-fondé de l'Assistance familiale ont fait le plus grand mal à la réalisation projetée réclamée depuis plus de 20 ans. Le Docteur A. Marie la réclamait déjà en 1899 (voir rapport préfectoral de 1900) lorsqu'il était encore Directeur de la Colonisation créée à Dun et Ainay pour les chroniques.

Au début les habitants de Lurcy et de Châteauneuf étaient terrorisés par les racontars fantaisistes et les appréhensions de théoriciens grossis par les imaginations populaires. Nous connaissons ces difficultés qui n'existent que dans l'esprit des gens inexpérimentés en ces questions. Il n'y avait, après tant de tergiversations, qu'à démontrer le mouvement en marchant. Comme les philosophes antiques nous avons donc opéré le 18 avril les premiers transferts.

30 désignations ont été faites, dans les Services des Docteurs Rodiet et A. Marie et 5 chez deux de leurs collègues pour les femmes.

La Commission de surveillance a pu constater le fonctionnement satisfaisant de cet essai.

Les placements sont vérifiés ainsi que la moralité des nourriciers (qui ont déjà eu des vieillards femmes et les ont bien traitées). Leurs locaux ont été visités.

Les femmes sont placées en ville.

Les hommes sont placés dans les campagnes, dans des fermes parfois fort éloignées.

Les prix selon l'instruction contenue au rapport introductif sont de 3 fr. 45 par jour et les frais généraux de surveillance et d'administration sont prévus pour le tiers de la prévision primitive étant donné qu'on ne compte pour cette année 1924 que le tiers de l'effectif total, afin de n'agir qu'avec toute la prudence qu'une telle tentative comporte.

Il faut se modeler pour le prix de revient sur les Colonies voisines et s'y efforcer avec l'expérience de 30 années de ce genre de création. Le personnel recruté sur place consiste en un ménage d'auxiliaires à 2.400 francs et un ménage de surveillants à 3.600 francs.

La régie a été confiée à M. Ponroy qui accepte avec une indemnité mensuelle de 300 francs de venir de Dun effectuer les paiements aux personnels tant nourricier qu'administratif.

Les crédits votés en 10 articles sont largement suffisants, mais il importe expressément d'en diriger l'emploi sur place, car c'est la meilleure propagande en faveur de la Colonisation. Des adjudications à Paris susciteraient un mécontentement compréhensible irréductible. On peut répondre d'ailleurs que la dépense restera au-dessous des prévisions officielles.

Ci-joints le budget prévu, le rapport du Conseil Général et le règlement rectifié calqué sur celui de 1905 pour les vieillards (inspiré d'ailleurs de celui établi par le Docteur A. Marie pour Dun et Ainay dès 1892-1893). Nous avons d'ailleurs en cela imité les organisations écossaise et belge de Gheel et Lierneux que nous avons longuement étudiées ainsi que toutes les organisations similaires d'Europe et d'Amérique depuis 1889.

Or, actuellement, les colonies de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château comptent plus de 1.500 malades. Elles fonctionnent depuis plus de 30 ans à la satisfaction générale.

MM. Marie et Antheaume au Congrès d'hygiène mentale avaient fait remarquer que les aliénés indigents sortis des asiles de la Seine n'ont, le plus souvent, d'autre ressource que de se rendre au patronage de la rue du Château-des-Rentiers où ils ne peuvent, d'ailleurs, être gardés que quelques jours, en raison des moyens pécuniaires restreints dont dispose le patronage.

Il était cependant nécessaire de pouvoir les assister pendant quelques semaines ou quelques mois, afin d'assurer leur réadaptation à la vie sociale.

Nombreux, en effet, sont ceux qui rejetés sans transition sur le pavé parisien, deviennent la clientèle habituelle de l'Asile, où l'on est souvent contraint de les garder à grands frais, faute d'un organisme spécial qui aurait l'avantage de leur éviter l'internement.

Or, ces convalescents maintenus à l'asile coûtent environ 15 francs par jour, alors que le tiers de cette somme suffirait à l'Assistance familiale en création.

Cette innovation était donc avantageuse pour le Département dont elle allège les charges ; elle le serait également pour les malades qui, d'après l'avis autorisé des médecins, verraient accélérer leur guérison.

La question de l'assistance aux aliénés n'est pas entièrement résolue ; elle ne cesse d'évoluer. Le Conseil Général de la Seine a créé les colonies familiales de chroniques, le service libre de Prophylaxie mentale ; il y a encore un autre stade à franchir, un mode d'assistance familiale libre à organiser pour les convalescents.

Au moment où le Conseil envisageait la transformation de l'asile clinique en hôpital d'aigus et de traitement des maladies neuro-psychopathiques, la démonstration s'imposait de la possibilité et des avantages d'une assistance familiale économique pour convalescents.

On peut considérer que chacun des deux services de traitement de l'asile clinique, confiés à MM. A. Marie et Sérieux, fournit chaque année une centaine de convalescents, c'est-à-dire un cinquième de son effectif environ. A cet élément viendraient s'ajouter les convalescents des autres asiles de la Seine.

S'inspirant de ces suggestions, l'Administration s'est donc préoccupée de préparer tout d'abord les possibilités de placements à Lurcy-Lévy et plus tard à Châteauneuf-sur-Cher.

A l'encontre des colonies familiales, qui se composent de chroniques inoffensifs, soumis au régime de la loi du 30 juin 1838, les colonies de convalescents seront donc des colonies ouvertes, qui recevront uniquement des malades, suffisamment améliorés pour que leur sortie puisse être prononcée, mais qui, s'ils devaient être immédiatement livrés à eux-mêmes, seraient susceptibles de rechutes.

Ces convalescents ne seront donc pas soumis au régime des aliénés, aucune contrainte légale, aucune tutelle ne leur seront

applicables, si ce n'est une discipline tutélaire indispensable à la bonne tenue de l'institution.

Il importe toutefois que l'assisté consente à s'éloigner temporairement de Paris et à vivre dans une famille étrangère. Ce dernier point serait de la compétence des médecins, qui pourraient utilement conseiller les convalescents des asiles et leurs familles sur la nécessité d'un séjour en colonie ouverte.

Le recrutement des colons s'effectuerait nécessairement dans les services d'aigus où, d'après les renseignements statistiques, 50 0/0 des malades placés volontairement sortent par guérison au cours des premiers six mois.

D'autre part, l'envoi à Lurcy-Lévy ou à Châteauneuf-sur-Cher de certains malades du Service de Prophylaxie mentale, susceptibles d'une convalescence prolongée, serait tout désigné à un moment donné pour aider au désencombrement de cet organisme.

Aussi, il serait très important d'appeler l'attention des médecins-chefs sur l'œuvre des colonies de convalescents pour qu'un choix judicieux soit fait parmi les malades dont l'état nécessiterait l'envoi en convalescence. Celle-ci devrait être même limitée autant que possible au départ, afin de ne pas arriver peu à peu à transformer les colonies en hospices.

M. le Docteur Marie, médecin-chef de l'Asile Clinique a été désigné pour cette organisation.

Effectif d'essai : 50 malades.

Paye aux nourriciers : $50 \times 365 \times 3{,}35 = 61.137$ fr. 50 + 61.500 fr., frais généraux.

Total : 122.637 fr. 50.

Détail des frais généraux :

Article 1. — Vêture, 50 × 180	9.000 fr.
Article 2. — Transferts, déplacements, réintégrations	9.000 »
Article 3. — Frais de surveillance	18.000 »
Article 4. — Administration, bureau, direction et inspection	10.000 »
Article 5. — Régie, caisse	10.000 »
Article 6. — Sépultures, inhumations	500 »
Article 7. — Tabac, pécules, douceurs	1.000 »
Article 8. — Contributions et aménagement matériel d'un siège central	2.000 »
Article 9. — Imprévus	2.000 »
Ensemble	61.500 »

Quant aux recouvrements, ils pourraient s'effectuer ultérieurement sur les collectivités dans les mêmes conditions que pour les malades du Service de Prophylaxie mentale, et dès que le nouveau Service aurait atteint un fonctionnement normal.

Il importerait, en effet, à ce moment-là, de dégager un prix de journée dans lequel on ne peut, valablement, tenir compte des tâtonnements d'une période transitoire.

Si ce mode d'assistance réussit, c'est l'amorce d'une colonisation susceptible de se décupler comme à Dun, c'est-à-dire d'ajouter à notre organisation un grand nombre de lits, au prix faible, sans constructions nouvelles.

Ajoutons que la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine a longuement étudié la question, s'est rendue dans les localités envisagées, et qu'à la suite d'un examen approfondi elle a émis l'avis favorable en 1923.

L'activité des annexes psychiatrique des prisons belges

Par le Dr L. Vervaeck (de Bruxelles)

Le programme de la réforme du système pénitentiaire belge, basé sur la conception anthropologique du traitement des délinquants, comportait à côté de la création de laboratoires d'anthropologie pénitentiaire, chargés de l'examen systématique des condamnés en vue de fixer les directives de leur thérapeutique médico-mentale et morale en prison, l'organisation dans les grands centres pénitentiaires — neuf en Belgique — d'annexes psychiatriques.

Leur organisation se justifie par la nécessité de pouvoir observer dans de bonnes conditions scientifiques certains détenus, condamnés ou prévenus, atteints de crises nerveuses ou de troubles psychiques ; pour quelques-uns d'entre eux, l'hypothèse de la simulation doit être envisagée par l'expert ou le médecin des prisons.

En outre, pourront être maintenus en traitement, dans des sections pénitentiaires à régime d'asile, les malades dont on peut espérer à bref délai la guérison.

Les restrictions budgétaires n'ont pas encore permis de réaliser dans toute son ampleur cette partie du programme anthropologique ; quatre annexes psychiatriques (hommes) ont pu être créées en Belgique jusqu'à présent ; elles fonctionnent régulièrement dans les prisons de :

Bruxelles (Forest) (1), depuis le 1er juillet 1922.

Gand (prison centrale), depuis le 7 avril 1921.

Anvers, depuis le 1er janvier 1921.

Louvain (prison secondaire), depuis le 1er janvier 1923.

Il m'a paru intéressant d'esquisser les grandes lignes de l'organisation de quartiers d'observation psychiatrique dans les prisons belges et d'analyser brièvement les résultats de leur

---

(1) En outre il existe à la prison de Forest une salle d'observation psychiatrique de cinq lits pour femmes, son organisation est la même ; elle a été ouverte le 7 avril 1924.

activité ; j'ajoute que ces services sont largement ouverts à tous nos collègues du 28e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française et que nous serions heureux d'entendre, au sujet de leur fonctionnement, les critiques et propositions que leur science et leur expérience psychiatrique leur suggèreraient.

But du service. — Permettre l'observation psychiatrique méthodique des condamnés et prévenus en vue, tout d'abord, de pouvoir prendre à leur égard les mesures médicales et administratives que leur état justifie, ensuite de pouvoir renseigner sur les troubles nerveux et mentaux des prévenus les médecins-experts aliénistes, chargés de les examiner au point de vue pénal.

Pour les condamnés notamment, il importe de décider si les troubles intellectuels qu'ils présentent sont compatibles avec leur maintien en prison, conformément à l'article 419 du Règlement général des prisons belges (1) ; au cas contraire, ces malades doivent être internés dans les asiles et colonies de l'Etat qui leur sont réservés en Belgique (2).

Subsidiairement le médecin du Service d'anthropologie pénitentiaire aura à fixer les directives de la thérapeutique mentale des condamnés, susceptibles d'être soignés en prison, il devra se prononcer notamment au sujet de leur maintien au régime cellulaire, de leur envoi dans une colonie psychiatrique pénitentiaire — telle la prison pour épileptiques ou la colonie de travail agricole, à régime analogue pour débiles mentaux (non encore réalisée) — enfin au sujet de leur placement dans un quartier pénitentiaire spécial pour anormaux (quartier commun de la prison centrale de Gand) (3).

Ajoutons que les annexes psychiatriques fournissent un matériel précieux d'observation et de démonstration scientifique pour les cours cliniques d'anthropologie et de psychiatrie cri-

---

(1) Si le médecin aliéniste reconnaît que le détenu est atteint d'une maladie de nature telle qu'il ne puisse être maintenu en prison sans préjudice pour son état mental ou pour l'ordre intérieur de l'établissement l délivrera au Directeur de la prison le certificat de collocation exigé par la loi.

(2) Asile de Tournai (hommes), Colonie de Reckheim (hommes), Asile de Mons (femmes).

(3) Cette section pénitentiaire est réservée aux condamnés qui en raison de leur état physique ou mental ne peuvent subir leur peine en cellule ; ce sont en grande majorité des anormaux et dégénérés constitutionnels ; le quartier commun de Gand est affecté à cette destination depuis le 1er janvier 1886 ; y sont admis également quelques condamnés à long terme ayant opté pour le régime pénitentiaire commun, après avoir subi une détention cellulaire de 10 ans.

minelle donnés à Bruxelles aux magistrats et fonctionnaires des prisons ; au second de ces cours sont admis des étudiants en droit et en médecine, des instituteurs et des élèves des écoles d'infirmières et de service social (1).

Locaux. — L'annexe psychiatrique des prisons se compose d'une grande salle d'observation en commun comprenant 8 à 12 lits ; elle se complète par quelques cellules d'isolement pour les malades agités ou indisciplinés et parfois par une petite salle de trois lits (Forest) réservée aux épileptiques. A Louvain existe une salle de travail, servant aussi de réfectoire pour les détenus autorisés à se lever.

Le quartier d'observation psychiatrique dont l'aménagement est identique à celui des asiles modernes se complète par un préau-jardin, une salle d'hydrothérapie et des chambres destinées au médecin et aux infirmiers.

Inutile d'ajouter que toutes les mesures de sécurité y sont prises et que malgré le caractère hospitalier des salles, certains détails, tels des barreaux, rappellent aux détenus qu'ils se trouvent dans une prison ; il est bon d'ailleurs à divers points de vue que cette impression leur soit donnée.

A côté des annexes d'observation psychiatrique, le médecin anthropologue dispose généralement d'une section pénitentiaire où sont groupés les détenus, atteints d'affection nerveuse ou de tares mentales accentuées, dont le traitement est compatible avec le régime cellulaire. Ces malades et anormaux sont revus régulièrement par le médecin et une fiche neuro-psychiatrique est dressée pour chacun d'eux.

Personnel. — Le service médical est assuré par le médecin du service d'anthropologie pénitentiaire qui, rappelons-le, est un aliéniste de carrière ; il dispose d'infirmiers, ayant reçu une formation psychiatrique, dont certains ont fait un stage à l'asile.

Les infirmiers sont recrutés dans le personnel de surveillance et désignés par le Directeur de la prison sur la proposition du médecin ; ils sont assistés dans leurs fonctions par deux détenus de confiance, choisis par le Directeur d'accord avec le médecin ; la durée du service des surveillants infirmiers est de huit heures par jour. Ils restent soumis au point de vue disciplinaire et administratif à l'autorité du Directeur de la

(1) Les malades et anormaux mentaux ne sont présentés à ces cours qu'avec leur assentiment ; ils sont choisis parmi ceux pour lesquels une décision judiciaire est intervenue.

prison. Les surveillants affectés à la surveillance et au traitement des malades mentaux portent la blouse d'infirmier.

Régime et fonctionnement. — La surveillance constante des malades de jour et de nuit, est de règle dans les annexes; sauf décision du médecin les autorisant à se lever pour travailler ils gardent le lit; deux fois par jour, ils se promènent au jardin, pendant une heure au moins.

Un registre d'observation est tenu par l'infirmier qui y consigne les remarques faites dans le courant de la journée et de la nuit pour chacun des malades; il doit être paraphé par le médecin, lors de sa visite quotidienne (1).

Une feuille d'observation clinique relate l'évolution des troubles mentaux ou nerveux des malades, les résultats des examens biologiques et des examens demandés aux divers spécialistes (vue, ouïe, dents, affections vénériennes, médecine générale). Ce document est communiqué aux médecins experts chargés par le Parquet de l'examen mental des prévenus.

Il est intéressant d'ajouter que tous les médecins légistes ont la faculté de demander le placement en observation à l'annexe psychiatrique des prévenus dont l'expertise leur est confiée; ils disposent à cet effet d'une salle d'examen.

La direction de l'annexe psychiatrique est nettement médicale; l'anthropologue-criminaliste y est seul juge du régime à appliquer aux malades, tout en restant dans le cadre du règlement administratif.

Le régime alimentaire des détenus, admis en observation psychiatrique est en principe identique (2) à celui des autres détenus; cette mesure, comme d'autres d'ailleurs, a été prise afin d'éviter que le placement à l'Annexe ne constitue une faveur; la discipline y est strictement observée.

Les prévenus jouissent de toutes leurs prérogatives habituelles, mais leur régime alimentaire, quand ils font venir leurs repas du dehors, est subordonné à l'autorisation du médecin. L'usage de boissons alcoolisées et du tabac est défendu à tous les détenus en observation.

Les correspondances des malades sont soumises au contrôle médical. Il en est de même des visites par des personnes étran-

(1) Le service médical est assuré tous les jours, même fériés.

(2) Parmi les critiques formulées lors de la création des annexes psychiatriques on avait annoncé que de nombreux cas de simulation se produiraient chez des détenus désireux de bénéficier du régime de faveur réservé aux malades. Cette éventualité ne s'est pas réalisée; les simulateurs ont été peu nombreux, même parmi les prévenus.

gères à l'administration; le mode et la durée en sont réglés par le médecin sans préjudice à l'application des dispositions réglementaires concernant l'admission des avocats auprès de leurs clients.

Avis est immédiatement donné au Parquet du placement d'un prévenu à l'annexe psychiatrique; le certificat, conçu en termes généraux, indique la raison médicale de cette mesure (tentative de suicide, crise nerveuse, troubles mentaux, excitation, impulsivité morbide); il relate les principaux symptômes constatés, notamment leur caractère dangereux éventuel.

En aucun cas, le médecin de l'annexe psychiatrique ne formule son opinion au sujet des conclusions à déduire, au point de vue pénal, de l'observation mentale d'un prévenu, à moins d'être régulièrement requis à cet effet par le juge d'instruction, ce qui arrive fréquemment.

Les résultats de l'observation psychiatrique des détenus sont consignés sur leur fiche médicale et copiés dans le dossier anthropologique s'il s'agit de condamnés; le Directeur de la prison en reçoit communication; il est également avisé du caractère dangereux de certains malades traités à l'Annexe, ceci afin de lui permettre de prendre les mesures de sécurité ou de préservation sociale nécessaires, en cas de libération ou de transfert dans une autre prison.

Sauf les cas d'urgence, le placement d'un détenu à l'Annexe d'observation psychiatrique est décidé par l'anthropologue-criminaliste; le Directeur et tous les membres du personnel pénitentiaire, notamment les médecins ordinaires, lui signalent les prévenus ou condamnés dont l'état mental leur paraît suspect ou au sujet desquels ils ont recueilli des renseignements de nature à justifier leur observation mentale: collocation antérieure, commotion de guerre, cas d'aliénation dans la famille, etc...

Sont aussi d'office soumis à l'examen du psychiatre les détenus qui ont tenté de se suicider en prison, qui ont été atteints de crises nerveuses ou qui se livrent à des actes d'indiscipline répétés (1).

Les prévenus peuvent aussi être placés en vue de leur trai-

---

(1) Une circulaire récente de M. Masson, Ministre de la Justice (8-10-1923) a appelé l'attention des Directeurs des prisons sur le fait que l'indiscipline habituelle des détenus constitue une présomption de déséquilibre mental de nature à motiver son examen par le médecin aliéniste du service d'anthropologie pénitentiaire, ainsi que le prescrit l'article 426 du Règlement général des prisons.

tement à l'Annexe psychiatrique, à la demande des magistrats ou en observation sur le désir du médecin-expert chargé de les examiner, mais dans tous les cas, le maintien de ces détenus en observation ou en traitement est subordonné à la décision du médecin, seul arbitre en la matière.

Statistique psychiatrique. — Les chiffres ci-dessous ne sont pas susceptibles de fournir une base d'appréciation sur la proportion exacte des détenus suspects ou atteints de troubles mentaux ou nerveux dans les prisons belges, en l'absence de centres d'observation psychiatrique dans diverses régions du pays où ces malades et anormaux sont encore maintenus en cellule (1) ou dans les infirmeries ordinaires des prisons.

D'autre part, cette statistique qui comprend les détenus observés dans les Annexes psychiatriques des prisons depuis leur création comporte pour chacune d'elles (2) des relevés s'étendant sur des périodes de durée inégale.

I. — POPULATION DES ANNEXES PSYCHIATRIQUES
(du 1er janvier 1921 au 30 juin 1924)

Années	Entrées	Prévenus	Condamnés	Passagers et Vagabonds
1921	44	13	31	»
1922	179	58	119	2
1923	232	84	143	5
1924 (1er semestre)	153	58	93	2
Total......	608	213	386	9
0/0	100	35	63,5	1,5

On constate une augmentation progressive du nombre des détenus placés en observation dans les annexes psychiatriques; elle porte à la fois sur les chiffres des prévenus et des condamnés comme le démontre la comparaison des chiffres de 1923 et du premier semestre 1924; en admettant que ceux

(1) Dans certains cas les condamnés, atteints de troubles mentaux dont le diagnostic exige une observation prolongée, sont transférés dans ce but dans une prison pourvue d'une annexe psychiatrique.

(2) En 1921 n'étaient ouvertes que les annexes de Gand et d'Anvers ; en 1922, celle de la prison de Forest s'y ajouta et l'année suivante celle de la prison secondaire de Louvain.

du second semestre de l'année courante soient identiques, nous aurions au total:

116 prévenus et 186 condamnés, au lieu de 84 prévenus et 143 condamnés, en 1923, soit un accroissement de 25 0/0 environ; il est un peu plus marqué pour les prévenus que pour les condamnés. Notons enfin que la population des annexes psychiatriques comprend actuellement deux tiers de condamnés.

II. — Répartition psychiatrique des détenus placés en observation dans les annexes

Années	Psychopathes et Débiles mentaux	Psychoses et Démences	Psychoses pénitentiaires	Maladies nerveuses	Prévenus suspects de troubles mentaux et placés en observation à la demande de l'expert	Toxicomanies	Tentatives et menaces de suicide	Divers (1)	Total
1921	37	»	2	4	»	»	1	»	44
1922	84	17	1	41	»	5	12	19	179
1923	89	38	4	55	8	5	12	21	232
1924 (1er semestre)	40	42	»	28	25	2	7	9	153
Total.....	250	97	7	128	33	12	32	49	608
0/0	41,2	16	1,1	21,1	5,4	1,9	5,2	8,1	100

L'analyse psychiatrique du groupe des prévenus et condamnés, placés en observation en raison de leurs perturbations nerveuses ou mentales, est intéressante à divers titres.

Parmi eux dominent les psychopathes constitutionnels et débiles mentaux. Cette catégorie de grands anormaux compte 250 sujets, soit plus de 40 0/0.

Les vrais malades mentaux, en y comprenant 7 cas avérés de psychose pénitentiaire, ne représentent que 17 0/0 de la population des annexes.

Le groupe des névrosés, en majeure partie épileptiques constitutionnels ou traumatiques, compte 21 0/0 des cas;

(1) Les causes du placement en observation à l'Annexe psychiatrique, rangées sous cette rubrique, concernent des cas très variés où, en général, l'examen du détenu n'a pas révélé d'affection mentale ou nerveuse caractérisée : crises nocturnes, vertiges ou malaises mal précisés, euphorie, lettres ou discours bizarres, dépression morale après condamnation, refus de manger, impulsivité dangereuse ou d'allure morbide, menaces de violences, actes de méchanceté, indiscipline. Il s'agissait de simulation dans nombre de ces cas.

parmi eux se constate un fort contingent d'hystéro-épileptiques dont l'appréciation de la responsabilité pénale et le traitement en prison présentent une égale difficulté.

Intéressant aussi le groupe de prévenus soumis à l'expertise médico-légale et qui furent reconnus être sains d'esprit, 5,4 0/0.

Les toxicomanes (1) ne sont que rarement placés en observation psychiatrique, leurs perturbations mentales étant passagères dans la plupart des cas (2 0/0).

Enfin une trentaine de détenus ont séjourné un certain temps à l'annexe psychiatrique à la suite d'une tentative ou de menaces de suicide (5 0/0).

MESURES DE TRANSFERT OU DE TRAITEMENT PRISES POUR LES DÉTENUS OBSERVÉS DANS LES ANNEXES PSYCHIATRIQUES

Années	Libérés ou expulsés du pays	Réintégrés en cellule	Sections médicales penitentiaires		Internements		Total
			Prison p' Epilep. (Merxplas)	Quartier d'anormaux à Gand	Asile de l'Etat à Tournai	Colonie p' Aliénés à Reckheim	
1921	2	23	»	»	4	6	35
1922	12	97	15	1	29	13	167
1923	20	122	11	9	25	31	218
1924 (1er semestre)	20	78	4	3	23	15	143
Total......	54	320	30 (2)	13	81	65	563 (3)
0/0	9,6	56,8	5,3	2,3	14,4	11,6	100

(1) Exceptionnellement ont été admis en l'espace de 8 jours deux héroïnomanes intoxiqués de longue date, dont l'un amené dans un état grave a vu son poids se relever de 8 kgs. en 18 jours ; le sevrage a été brusque dans les deux cas.

(2) Ce chiffre ne représente qu'une partie de la population de la prison pour épileptiques de Merxplas, ouverte en août 1921 ; à la date du 18 juillet 1924, 110 condamnés avaient été admis dont 3 ont dû être colloqués ultérieurement ; la plupart y ont été transférés directement, le diagnostic de crises nerveuses étant établi sans observation dans une Annexe ; parmi ces derniers quelques cas de simulation ont été dépistés.

(3) Au 1er juillet 1924, 45 détenus étaient encore en traitement dans les Annexes psychiatriques ; 4 femmes restaient en observation mentale à la prison de Forest.

Il est intéressant d'analyser sommairement les résultats pratiques au point de vue pénitentiaire de l'observation mentale des détenus dans les annexes psychiatriques.

Plus de la moitié 56,8 0/0, ont pu être réintégrés en cellule; ce chiffre comporte en majorité des condamnés guéris ou améliorés; et un quart environ de prévenus dont l'expertise mentale était terminée et n'avait pas révélé de tares ou maladies graves.

9,6 0/0 ont été libérés ou expulsés du pays; ce sont pour la plupart des condamnés arrivés à l'expiration de leur peine et dont les troubles intellectuels n'imposaient pas la collocation (1); quelques prévenus ont bénéficié d'un non-lieu.

26 0/0 de détenus, en majorité prévenus, reconnus irresponsables au point de vue pénal, ont fait l'objet d'une mesure d'internement; près de la moitié ont pu être placés en colonie psychiatrique.

7,6 0/0 de détenus ont été, à la suite de leur observation, transférés dans une section pénitentiaire de traitement médical ou psychiatrique, parmi eux se trouvent 30 épileptiques et hystéro-épileptiques envoyés à la prison-colonie agricole de Merxplas, affectée au traitement de ces malades.

Il est permis de conclure que le fonctionnement des annexes psychiatriques pénitentiaires a donné d'excellents résultats tant au point de vue de l'observation mentale des prévenus que du traitement des condamnés, atteints de perturbations intellectuelles passagères, et l'on peut affirmer qu'une telle organisation est indispensable dans toute prison importante.

---

(1) Il arrive parfois que l'aliéniste criminaliste provoque à ce moment l'internement de psychopathes ou malades dangereux pour l'ordre social ; cette mesure reste exceptionnelle en l'absence de toute législation réglant le sort des délinquants morbides ; le projet belge de Loi de Défense sociale n'a pu encore être voté au cours de la dernière session parlementaire.

L'Organisation d'une Section pour enfants anormaux à la Colonie de Gheel

Par M. Vermeylen
Médecin de la Section pour enfants anormaux à la Colonie de Gheel

---

L'assistance familiale des enfants anormaux a été fréquemment préconisée. Le professeur Ley, entre autres, au Congrès de l'Assistance familiale des aliénés en 1902, avait insisté sur les avantages du traitement de ces enfants dans une colonie pourvue d'un asile-école. Mais en fait ce mode d'assistance n'avait, à notre connaissance, pas été réalisé jusqu'à ce jour. Il vient d'être tenté à la Colonie de Gheel, où un service de ce genre fonctionne depuis deux ans et demi.

Historique. — La colonie a, de tous temps, reçu des enfants anormaux au même titre que des aliénés adultes. Mais ils y étaient envoyés en petit nombre et ne jouissaient d'aucune assistance spéciale. De plus, la plupart, étaient des enfants profondément atteints au point de vue intellectuel et étaient surtout justiciables de la garderie.

Il est apparu que le système d'assistance familiale pouvait surtout convenir à certaines catégories d'enfants anormaux moins profondément tarés et susceptibles d'une certaine éducation tant familiale que pédagogique et professionnelle. Un essai fut tenté dès le mois de mai 1921. Les enfants furent groupés dans une section spéciale et un personnel médical et infirmier particulier, leur fut attaché.

Enfin la section était officiellement instituée le 1er janvier 1922. A ce moment elle comptait déjà 75 enfants (61 garçons et 14 filles).

Organisation. — La direction est centrale : le médecin-directeur de la colonie dirige la section des enfants anormaux au même titre que les autres.

Il en est de même de l'administration. C'est le greffe de la colonie qui inscrit les entrants, s'occupe de toutes les forma-

lités de séjour et de sortie. Le magasinier pourvoit aux besoins vestimentaires et s'occupe de la literie. Le receveur tient le registre des dépôts d'argent et des carnets de la caisse d'épargne et paie les nourriciers. La journée d'entretien est actuellement de 4 fr. 90, dont 1 fr. 90 pour les frais généraux et 3 fr. qui reviennent au nourricier.

En application de la loi du 14 juin 1920, les enfants anormaux peuvent bénéficier du fonds commun sans être astreints aux formalités de collocation. De ce fait, ils sont donc admis à la colonie, suivant des règles spéciales. Il suffit des pièces suivantes : une demande des parents ou des personnes qui les remplacent, un certificat d'un médecin constatant l'anormalité, et, si l'enfant est indigent, une autorisation de la commune.

De ce fait aussi, ils ont un numéro matricule, un registre médical et un registre matricule distincts de ceux des adultes.

L'observation initiale. — Les formalités d'admission remplies, l'enfant est l'objet, pendant un temps variable suivant les cas, d'une observation d'où dépendra son placement.

L'observation des cinq premiers jours a été maintenue. Elle est faite par le médecin-directeur et inscrite au registre médical spécial.

Une observation plus détaillée est alors faite par le médecin de la section, aidé de l'infirmière du service. Elle porte sur l'étude des antécédents héréditaires et personnels, l'examen médical (surtout système nerveux, motricité, organes des sens), les mesures physiques (poids, taille, crâne, dynamométrie et spirométrie), la mesure de l'intelligence (méthode psychographique), l'observation de l'affectivité et du caractère. Ce dernier point a une importance pratique de tout premier ordre. C'est de lui que dépendent les modalités du placement et son succès, bien plus que de l'intelligence.

Enfin un examen pédagogique est fait par l'institutrice principale. De cet examen dépend, lorsque l'enfant n'a pas dépassé 14 ans, son admission à l'école spéciale et sa désignation pour l'un des trois degrés de cet enseignement.

Le placement familial. — Toutes ces indications recueillies, il est temps de passer au placement judicieux de l'enfant. C'est là une question délicate et dont dépend souvent tout son avenir. Sa solution pratique varie d'un cas à l'autre et ne saurait s'énoncer en formules définitives. Il est pourtant possible de donner quelques indications générales. Tout d'abord, le placement doit toujours être une résultante entre le nour-

ricier et l'enfant. Tel nourricier, très bon pour tel genre d'enfants, ne vaudra rien pour tel autre. Et vice-versa, tel enfant qui se montrera actif et joyeux dans tel milieu, refusera tout effort et vagabondera dans tel autre. A ces conditions morales qui sont prépondérantes, s'en ajoutent d'autres. Le degré d'intelligence de l'enfant peut guider le choix du placement. Ceux qui doivent encore aller à l'école sont groupés dans le centre, de même pour la plupart de ceux qui peuvent exercer un métier: au contraire ceux qui ne peuvent aider qu'à de gros travaux de ferme sont placés à la campagne. Le caractère, enfin impose aussi parfois la désignation d'un secteur spécial. Ceux qui sont doux et faciles, peuvent être sans inconvénient placés au village même ou au centre des hameaux environnants, au contraire, ceux qui sont difficiles, instables ou vicieux, doivent passer au moins un stage et parfois séjourner définitivement à la campagne ou même à la périphérie du territoire de la colonie, dans les bruyères au sol pauvre et à la population clairsemée.

Chaque nourricier peut avoir au maximum deux enfants.

La surveillance est exercée de façon constante par les nourriciers, dont les enfants partagent entièrement l'existence et le genre de vie. Ceux-ci sont dans une large mesure responsables des fautes de l'enfant : maraude, fugues, etc...

Le médecin de la section passe une fois par mois pour s'entretenir avec les nourriciers au sujet de l'enfant, s'occuper de sa conduite et de son hygiène. L'infirmière passe également deux fois par mois pour les mêmes motifs. Enfin, lorsque l'enfant va à l'école, son institutrice vient le voir de temps en temps, s'informe de la manière dont il fait ses devoirs et encourage ses nourriciers à lui donner certaines facilités pour les faire.

La population de la section. — Le nombre total d'enfants qui ont passé à la section depuis le 1er janvier 1922 jusqu'au 1er juillet 1924, soit en deux ans et demi, est de 274 (243 garçons, 31 filles). La population actuelle est de 178 (163 garçons, 15 filles). Sur ce nombre, il y a 133 enfants du juge, 37 enfants dépendant du fonds commun et 8 pensionnaires. Il y a donc une forte proportion d'anormaux (74,7 0/0) ayant commis des délits, la plupart du temps légers et dus surtout à l'influence des mauvais milieux dans lesquels ils ont vécu.

L'âge des enfants a aussi son importance : sur les 178 présents, 95 ont plus de 16 ans, 45 plus de 14 ans, 36 plus de 6 ans et 2 moins de 6 ans. Il résulte de là que 82 0/0 des enfants

anormaux qui nous sont envoyés ont dépassé 14 ans. Ceux qui savent combien il est difficile après cet âge d'exercer une influence morale durable, d'éduquer l'intelligence et d'adapter à un nouveau milieu les débiles mentaux, comprendront l'importance de ce pourcentage. Ce n'est pas une des moindres entraves à l'action bienfaisante de la rééducation des anormaux que leur assistance tardive.

Leur âge mental donne également des indications spéciales sur la population infantile et juvénile de la section : on compte 11 idiots (de 0 à 3 ans d'âge mental), 27 imbéciles (de 3 à 6 ans), 73 débiles profonds (de 6 à 8 ans), 53 débiles légers (de 8 à 10 ans), 14 normaux (de plus de 10 ans). Ces derniers ont été placés à la section pour instabilité, épilepsie ou troubles du caractère. Il y a donc 126 débiles soit 70 0/0 d'anormaux légers; c'est dire le caractère hautement éducatif tant au point de vue professionnel, puisque la plupart ont plus de 14 ans, qu'au point de vue pédagogique que doit avoir l'assistance dans la section.

L'école. — L'école a été évidemment une des préoccupations de la première heure. D'abord réduite à une classe tenue dans la plus grande pièce d'une ferme louée à cette occasion, elle comprend maintenant 3 classes (degré inférieur sensoriel, degré moyen et degré supérieur) dirigées chacune par une institutrice. De plus, des cours particuliers et des cours du soir sont donnés pour les jeunes gens ayant quitté l'école ou étant en apprentissage et pour les quelques fillettes d'âge scolaire.

Jusqu'à présent, 68 enfants ont passé par l'école. Sur ce nombre, 13 sont rentrés chez eux après un an en moyenne de scolarité. Le retrait par les familles ou par décision du juge des enfants est ainsi presque toujours prématuré. L'effort d'adaptation trop fréquemment renouvelé, qu'on impose à l'enfant, crée une discontinuité intellectuelle et morale dont il ne peut que souffrir.

3 ont dû être envoyés dans d'autres institutions, 4 se sont révélés incapables de tirer profit de l'école, 21 fréquentent actuellement l'école dont 5 le degré inférieur, 13 le degré moyen et 3 le degré supérieur. Chaque classe est divisée en deux sections, les flamands suivent les cours du matin, les français, les cours de l'après-midi. Les écoliers ont ainsi chacun deux heures de classe par jour. Il n'est pas possible de les faire venir plus souvent à l'école à cause des distances qu'ils ont à parcourir. D'autre part, les institutrices doivent

réserver des heures de la journée pour rendre visite aux nourriciers des enfants et pour donner des leçons particulières, suivies par 27 élèves, dans les locaux de l'école ou à domicile.

En effet, 19 jeunes gens qui ont pour la plupart suivi pendant deux ans l'école, et sont maintenant en apprentissage, continuent à avoir des cours du soir ou quelques leçons particulières d'entretien. Ils ont, pour la plupart, terminé les cours du degré moyen qui correspond à peu près au 1er degré primaire officiel. De plus, 8 fillettes reçoivent également des leçons.

En tout donc, 48 enfants bénéficient d'une façon plus ou moins large de l'enseignement spécial. Celui-ci s'inspire des méthodes modernes (Decroly, Montessori), tout en s'adaptant aux diverses mentalités, tant des institutrices que des élèves.

L'apprentissage. — Les jeunes gens, lorsqu'ils ont passé l'âge scolaire, s'occupent chez leurs nourriciers. La plupart, du fait même de leur peu d'aptitudes intellectuelles et aussi en partie à cause d'une population en majorité agricole, se livrent aux travaux des champs et de la ferme.

Les mieux doués apprennent des métiers et sont placés de ce chef chez des nourriciers travaillant à domicile. 8 apprennent le métier de forgeron, 5 la cordonnerie, 3 sont monteurs chez des marchands de vélos, 3 apprentis menuisiers, 1 est tailleur, 1 plombier-zingueur, 1 meunier, 1 diamantaire ; en tout 23 apprentis. Plusieurs d'entre eux sont déjà très avancés dans le métier et peuvent être considérés comme des demi-ouvriers.

Les sorties sont particulièrement intéressantes à examiner. Elles permettent de se rendre compte des cas qui ne peuvent bénéficier du régime familial et d'autre part des résultats qu'a donnés ce régime chez ceux qui ont pu être reclassés dans la société.

Sur les 96 sorties qui ont eu lieu en deux ans et demi, 41 ont été faites par transfèrement : 18 dans des asiles ou sections d'adultes de la Colonie, pour déficience mentale profonde (idiotie), maladies mentales, majorité ; 2 dans des sanatoria pour affections organiques, 21 dans des établissements disciplinaires, pour vols, tendances immorales, indiscipline générale.

Le reclassement peut être familial ou social. Il est familial lorsque l'enfant qui s'était rendu impossible chez lui peut rentrer en famille et vivre de la vie commune sans toutefois apporter une aide vraiment efficace. 22 enfants ont ainsi pu rentrer chez eux sur la demande de la famille, et y rester.

Le reclassement social nécessite une participation active à l'effort collectif, l'exercice d'une fonction rétribuable. 33 jeunes gens sont dans ce cas : 11 sont apprentis ou demi-ouvriers et gagnent des salaires appréciables, 8 sont ouvriers agricoles, 3 sont soldats, 3 employés et 2 domestiques, 6 enfin travaillent sans que nous ayons des renseignements précis à leur égard.

L'assistance familiale des enfants anormaux ainsi comprise, réalise, à notre sens, un progrès marqué sur les autres modes d'assistance préconisés. Sans doute, des améliorations doivent encore être introduites. Il faudrait créer un petit centre d'observation indépendant, aménager quelques modestes ateliers pour le préapprentissage et l'orientation professionnelle, surtout avoir un local où l'on puisse héberger les jeunes gens qui ont besoin d'être repris en main et temporairement écartés du milieu familial dans lequel ils vivent.

Mais d'ores et déjà le système familial a donné des résultats tangibles. Tout d'abord l'anormal vit dans un milieu naturel. Il échappe à l'automatisme de l'internat. La famille dans laquelle il entre ressemble à celle qu'il a quittée et dans laquelle il devra vivre à son départ. Le métier qu'il exerce n'est pas le bricolage sans utilité de la plupart des ateliers annexés aux établissements d'enseignement spécial ; il voit l'utilité directe de son travail et en saisit la valeur pratique. Aussi voyons-nous des anormaux qui se montraient indisciplinés et fugueurs dans les internats, s'adapter aisément à la vie libre et naturelle de la colonie ; d'autres, qui ne voulaient s'y astreindre à aucun des travaux de passe-temps qu'on leur imposait, se mettre courageusement à l'ouvrage et progresser dans le métier qu'ils se sont eux-mêmes choisi. D'autre part, au point de vue moral, important ici plus encore qu'ailleurs puisque nous avons 74,7 0/0 d'anormaux délinquants, l'influence d'un milieu sain et honnête dont ils subissent exclusivement l'influence vaut certes mieux que la promiscuité douteuse des internats.

Enfin, au point de vue budgétaire, qui a son intérêt aussi en ces temps de compression, le système rend possibles d'appréciables économies. La journée d'entretien est de loin inférieure à celle des autres établissements tout en permettant pourtant l'entretien physique et le développement intellectuel de l'enfant.

Discussion :

M. Sano (de Gheel). — Messieurs, je n'ai pas d'objections à faire à M. Vermeylen et je n'ai pas non plus à lui demander des éclaircissements, puisque nous nous voyons tous les jours. Mais je tiens à saisir cette occasion pour le remercier de toute l'attention et de tout le dévouement qu'il a consacrés à notre section des enfants. C'est grâce à sa très grande activité et à son travail constant que cette section a pris à la colonie une importance toute nouvelle. Je puis assurer que le nom du Dr Vermeylen restera attaché à notre section des enfants, qu'il a si bien organisée.

Considérations psychiatriques sur un nouveau projet de loi pénale pour le Danemark

Par M. le Prof. Aug. WIMMER (de Copenhague)

Au Congrès des Criminalistes danois, en janvier dernier, m'avait été confié le rapport sur notre nouveau projet de loi pénale pour le Danemark.

Ce projet, né sous les auspices de notre éminent criminaliste M. le professeur Carl Torp, de réputation internationale, représente un pas décisif vers la réalisation des idées modernes de la criminologie et de la psychologie criminaliste. Un des points fondamentaux de ces idées, c'est d'adapter la peine ou les autres mesures de protection de la société à la mentalité du délinquant.

Du point de vue du psychiatre, les paragraphes du projet qui regardent les criminels aliénés ou psychopathes nous intéressent spécialement. Comme on pouvait s'y attendre, les six auteurs du projet se sont divisés sur la rédaction des paragraphes en question. Des trois rédactions proposées, je passe sous silence la première, parce qu'elle se sert du terme « responsable », terme qui a sollicité tant de spéculations métaphysiques vaines et de controverses sans résultats qu'il faut absolument s'en débarrasser.

MM. Torp et Goll proposent la rédaction suivante :

Sont exempts de peine les actes coupables commis par des aliénés, par des imbéciles avérés ou par des individus qui, au moment de commettre l'acte, étaient dans un état mental qui est tout à fait analogue à l'aliénation.

En supprimant le dernier passage du paragraphe qui n'est ni nécessaire, ni scientifiquement fondé, la rédaction de MM. Torp et Goll me semble la plus claire, la plus simple, la plus juste. C'est en quelque sorte revenir à la formulation française et belge du paragraphe en question.

Voici la troisième rédaction : Sont exempts de peine les actes commis par des individus qui, à cause d'aliénation mentale, d'imbécillité avérée ou d'autres états permanents de mentalité

défectueuse, *ne peuvent être jugés capables d'être influencés par la punition.*

Cette rédaction confond, dans un même paragraphe, des états mentaux hétérologues et de conséquences tout à fait différentes du point de vue pénal. Qu'il faut accorder l'impunité absolue aux vrais aliénés, je n'ai pas besoin d'y insister devant vous ; de même quand on a affaire aux grands imbéciles. Essayer de faire une distinction entre les aliénés criminels qui sont « capables d'être influencés par la punition » et les aliénés criminels qui ne le sont pas, c'est chose audacieuse et impossible, et surtout si cette distinction est réservée aux juges comme l'a prévu le paragraphe en question : J'ai donc dû réfuter cette rédaction.

Mais, nous le savons tous, le point précaire de toute loi pénale, c'est la façon dont elle manie cette foule de délinquants « demi-responsables », comme on les nomme souvent, c'est-à-dire les psychopathes, les débiles, etc.

Notre loi pénale existante, datant de 1866, accorde à ces criminels, dans son fameux paragraphe trente-neuf, *une peine réduite* à condition que leurs défauts mentaux excluent la présence de ces facultés intellectuelles et morales que sont le « libre-arbitre », le « discernement », etc. Inutile de vous exposer l'irrationnel d'un tel procédé pénal. A part des impossibles critères métaphysiques du paragraphe, on peut surtout lui adresser cette objection fondamentale que, pour ces criminels psychopathes, débiles, etc., il ne faut pas une peine réduite, mais *des mesures autres que celles qu'on applique* au délinquant normal.

C'est ce que vise le paragraphe 17 du Projet, dans la rédaction de MM. Torp, Goll, Olrik. Selon ce paragraphe, le tribunal doit décider, en se basant sur le certificat médical comme aussi sur les autres faits du délinquant et du crime, si le délinquant psychopathique ou débile peut être jugé capable d'être influencé par la punition.

En cas de décision négative, des *mesures de sûreté* peuvent être ordonnées pour lui comme pour les aliénés vrais.

Si le tribunal admet la capacité pénale de l'incriminé, la peine doit être expiée dans *une institution pénitentiaire spécialement adaptée à de telles personnes et sous inspection psychiatrique permanente.*

Messieurs, nous savons tous, comme le savent aussi les criminalistes, qu'il y a réellement tous les degrés de transition, au point de vue de la mentalité, de ces grands psychopathes et

débiles criminels aux délinquants dits normaux. Sans adopter la théorie de Lombroso de *l'uomo delinquente,* on peut facilement s'accorder sur le fait que parmi les *criminels récidivistes* il y a un grand nombre d'individus de la mentalité particulière desquels il faut tenir compte en choisissant les mesures pénitentiaires appropriées.

Il s'agit surtout de *deux groupes* de criminels récidivistes. L'un comprend des délinquants qui sont, pour la société, plus *importuns* que dangereux : ce sont des individus à faiblesse de caractère innée, à manque d'énergie, à instabilité sociale, c'est-à-dire les petits voleurs, souvent, en même temps, des alcooliques chroniques, les mendiants professionnels, les vagabonds, enfin un certain nombre de femmes prostituées.

L'autre groupe renferme des criminels récidivistes vraiment *dangereux :* les agresseurs, les auteurs de viol, les exhibitionnistes, etc., un certain nombre de souteneurs ; enfin, certains voleurs et crocheteurs.

Tout le monde s'accorde sur l'inutilité d'infliger à ces criminels des peines répétées et, pour les criminels du premier groupe, de courte durée. Il faut les *séquestrer* de la société pour un temps suffisant. C'est pourquoi notre projet propose *l'internement prolongé* dans une maison de travail, un dépôt de mendicité, pour les délinquants du premier groupe et, pour les criminels du second groupe, *l'internement* dans une maison de sûreté. L'individu doit avoir subi deux condamnations après 18 ans passés. Dans la maison de travail, l'internement ne doit pas dépasser 5 ans, dans la maison de sûreté la durée de l'internement est fixée à 5 ans au minimum et ne doit pas dépasser 20 ans. Le projet n'adopte donc pas l'association de peine et d'internement prolongé comme l'a fait par exemple le *Prevention of Crime Act* de l'Angleterre. En admettant l'incapacité pénale de ces individus vis-à-vis des peines ordinaires, il semble aussi un peu illogique de leur infliger encore des peines *avant* l'internement. Notre Projet se rattache donc au Projet suisse.

De même, il faudrait, à mon avis, vis-à-vis de certains buveurs chroniques et criminels, substituer à la punition ordinaire le *sevrage obligatoire.* Le Projet a ordonné de telles mesures, mais laisse au juge de décider si le sevrage doit avoir lieu avant ou après l'expiation de la peine. En cas de sevrage primaire, la peine peut éventuellement être supprimée.

L'*âge criminel minimum* est fixé, par le Projet, après la 14e année. Mais, dans plusieurs paragraphes, le Projet prévoit

que les délinquants de l'âge de 14 ans jusqu'à 18 ans ne doivent pas subir des mesures pénitentiaires, mais qu'ils sont à renvoyer aux institutions de prévoyance des enfants délinquants. Si de telles mesures peuvent de prime abord ou après des expériences défavorables, être jugées inutiles; les personnes délinquantes de 16 à 21 ans doivent subir la peine dans des institutions pénitentiaires spéciales, des *prisons de jeunes délinquants* (prisons-écoles) où ils peuvent être internés pendant 3 ans. Le régime pénitentiaire de cette prison doit différer en plusieurs points de celui des prisons pour les criminels âgés.

Il y a encore plusieurs points intéressants de notre nouveau Projet. Malheureusement, je n'ai pas le temps pour y insister.

Il me semble qu'en rédigeant de la manière susmentionnée les paragraphes de la loi dite de « responsabilité », et en essayant d'*individualiser* les mesures de punition ou de protection sociale, notre Projet a jeté les bases d'une entente plus facile et plus utile entre les criminalistes et les psychiatres.

Mais pour la réalisation de ses idées pénitentiaires modernes, il faudra, sans doute, une collaboration plus étendue et plus intime qu'autrefois entre les aliénistes et les criminalistes.

Il y a plus de dix ans, j'ai insisté, dans un rapport au Congrès des criminalistes danois, sur la nécessité d'une expertise médico-légale préalable et obligatoire de certains délinquants, les séniles, certains auteurs d'attentats aux mœurs, les meurtriers, les incendiaires, et de quelques autres. C'est là une idée qui a été déjà réalisée ici en Belgique et d'une façon plus étendue encore.

De même, on a institué ici une instruction spéciale de psychopathologie des criminels pour le personnel des prisons, etc.

Nous autres médecins, nous faisons notre « internat » pour nous spécialiser. De même, on pourrait bien demander aux juges futurs, etc., qu'ils fassent, eux aussi, leurs « internats » dans les prisons, etc.

Il faut aussi instituer des cours *obligatoires* de psychopathologie criminaliste pour les étudiants en droit. Si la connaissance des textes des lois existantes est nécessaire, la connaissance de la mentalité si variée des individus criminels l'est tout aussi bien.

Par une telle interaction des idées et des efforts des criminalistes et des aliénistes, on atteindra le but idéal de la peine, à savoir d'infliger au délinquant le minimum de souffrance inutile et sans intention.

M. Vervaeck (de Bruxelles). — Je tiens à marquer mon accord sur les principes qui ont inspiré le projet de réforme du Code pénal danois. A mon avis, le Code de l'avenir comprendra trois formes essentielles de sentences juridiques :

1° la sentence répressive ou pénale (sujets normaux et délinquants occasionnels).

2° la sentence d'élimination sociale (débiles, psychopathes, instables, amoraux constitutionnels).

3° la sentence à portée thérapeutique (malades mentaux, névrosés, toxicomanes).

Influence de la loi du 29 août 1919 prohibant la vente au détail des boissons alcooliques distillées, sur la diminution des psychoses en Belgique.

Par le D[r] BOULENGER (de Bruxelles)
Secrétaire de l'Office Central d'Etudes contre l'alcoolisme

L'aliéniste doit faire de la clinique sociale pour arriver à la médecine préventive. Dès ce moment, il ne considère plus le cas individuel, mais l'individu moyen. Cette fiction arrive à lui faire découvrir des relations qui peuvent rester douteuses dans un cas individuel.

Pouvons-nous déterminer avec une sécurité suffisante les causes qui ont amené un malade aliéné à l'état où nous le voyons ? Souvent le doute reste à planer et nous n'osons pas affirmer quelle est la cause qui a provoqué la maladie.

Mais l'expérimentation d'une part, et les statistiques d'autre part, viennent faire cesser nos doutes et nous dire que réellement telle cause soupçonnée est déterminante de la maladie.

L'Office Central d'Etudes contre l'alcoolisme a recherché si la diminution de la consommation d'alcool due à la grande guerre a eu une action sociale notamment sur les psychoses alcooliques et si la loi du 29 août 1919 qui a maintenu la prohibition de la vente de l'alcool distillé au détail, a eu un effet dans le même sens.

Si vous consultez le tableau ci-contre, vous verrez que la guerre qui a fait tomber la consommation de l'alcool a provoqué une forte diminution des admissions dans les deux asiles de passage, de St-Jean à Bruxelles, de Stuyvenberg à Anvers. Malgré la grande guerre avec ses misères physiques, les multiples angoisses de la faim et de la terreur imposées par un ennemi implacable, il y a eu moins de cas d'aliénation mentale en Belgique.

Nous pouvons affirmer que c'est la diminution de la consommation d'alcool qui a amené ce résultat étonnant.

Tableau des cas de psychoses alcooliques et de la consommation d'alcool en Belgique par le Dr Boulenger

Années	Bières	Vins	Liqueurs à 50°	Total alcool absolu	Admissions à St-Jean	Alcooliques à St-Jean	0/0 St-Jean	Admissions Stuyvenberg	Alcooliques Stuyvenberg	0/0 Stuyven.	Aliénés hommes	Aliénées femmes
1910.......	219	6,62	5 l., 23	9 l., 774	....	....	....	319	71	22,44		
1913.......	223	4,61	5 l., 52	9 l., 81	276	58	21,01	....	....	....	9.286 indig. 1.108 pay.	7.551 indig. 1.481 pay.
1916.......	89	?	2 l., 01	3 l., 755	216	9	4,1	240	?	?	—	—
1917.......	66	?	0 l., 96	2 l., 54	176	5	2,8	....	....	....	—	—
1918.......	64	?	1 l., 10	2 l., 55	188	2	1,06	201	1	0,5	—	—
1919.......	127	7,38	0 l., 56	4 l., 68	228	4	1,75	267	3	1,1	—	—
1920.......	138	7,61	2 l., 48	5 l., 988	222	15	6,75	295	17	5,80	—	—
1921.......	169	6,69	1 l., 93	6 l., 57	251	17	6,77	326	16	4,80	7.638 indig. 896 pay.	7.614 indig. 1.232 pay.
1922.......	202	7,27	2 l., 39	7 l., 766	282	23	8,51	291	15	5,1	—	—
1923.......	232?	7,50?	2 l., 52	8 l., 81?	333	25	7,83	326	?	?	6.610 indig. 961 pay.	7.264 indig. 1.415 pay.
1924 (1er sem.)	....	....	....	....	140	16	10,5					

Les chiffres de ce tableau proviennent du Ministère des Finances, du Ministère de la Justice, de M. le Professeur Ley, du Dr Alexander, pour l'asile dépôt de St-Jean, et du Dr Deckx, médecin en chef de l'asile-dépôt du Stuyvenberg, à Anvers.

Conclusion : Bien que l'alcoolisme ait subi une sérieuse entrave en Belgique, son danger augmente de nouveau d'année en année. La loi de 1919 doit donc être mieux observée, doit même être renforcée et la propagande antialcoolique doit être reprise avec acharnement.

Les courbes de consommation et de collocation sont parallèles en effet :

Voyez en 1913 : on consomme 4 l. 61 de vin, 223 l. de bière, 5 l. 32 d'alcool distillé à 50° et l'on admet à St-Jean 276 cas d'aliénation mentale, dont 58 alcooliques, soit 21,01 0/0 des admissions ; — au Stuyvenberg on admet 319 psychoses avec 22,4 0/0 d'alcoolisme en 1912.

Donc avant la guerre 1/5 des psychoses étaient dues directement à l'alcoolisme.

Prenons l'année *1916* où la guerre fait sentir ses effets de restrictions : la consommation de bière est tombée à 89 litres, de vin à une quantité minime, de liqueur à 2 l. 01 à 50°.

St-Jean donne 216 cas de collocation, 9 alcooliques, 4,1 0/0.

1917 donne 67 litres de bière, vin ?, liqueur à 0,96 à 50°.

Collocations à St-Jean : 176 ; 5 alcooliques, 2,8 0/0.

1918 donne 64 litres de bière, vin ?, liqueur : 1,10 à 50°.

Collocations à St-Jean : 188 ; 2 alcooliques, 1,06 0/0.

— au Stuyvenberg : 201 ; 1 alcoolique, 0,50 0/0.

1919 donne 127 litres de bière, 7 l. 38 de vin, 0 l. 56 de liqueur à 50°.

Collocations à St-Jean : 228 ; 4 alcooliques, 1,75 0/0.

— au Stuyvenberg : 267 ; 3 alcooliques, 1,1 0/0.

1920 donne 138 litres de bière, 7 l. 61 de vin, 2 l. 48 d'alcool à 50°.

Collocations à St-Jean : 222 ; 15 alcooliques, 6,75 0/0.

— au Stuyvenberg : 295 ; 17 alcooliques, 5,80 0/0.

1921 donne 169 litres de bière, 6 l. 69 de vin, 1 l. 93 d'alcool à 50°.

Collocations à St-Jean : 251 ; 17 alcooliques, 6,77 0/0.

— au Stuyvenberg : 326 ; 16 alcooliques, 4,80 0/0.

Il est certain que l'abstinence forcée due à la guerre et qui nous empêchait de gaspiller le blé, le riz, l'orge, etc., pour faire des bières et des liqueurs, a eu un effet salutaire sur les psychoses.

Il est certain que le contrôle sévère que la loi de 1919 a permis d'exercer sur la fabrication et la consommation d'alcool a diminué l'alcoolisme et les psychoses alcooliques en Belgique.

En *1922*, nous sommes assez éloignés des effets de l'abstinence de guerre et seule la loi de 1919 agit :

Le Belge moyen consomme alors : 202 litres de bière, 7 l. 27 de vin, 2 l. 39 de boisson distillée à 50 0/0.

Collocations à St-Jean : 333; 25 alcooliques, 7,83 0/0.
— au Stuyvenberg : 326, cas d'alcoolisme inconnus.

Les courbes de consommation d'alcool distillé et de collocations pour alcoolisme sont donc superposables :

Lorsqu'on consomme	5 l. 52	d'alcool à 50 0/0, on admet	58 alcooliques à St-Jean.
—	2 l. 01	—	9 — —
—	0 l. 96	—	5 — —
—	1 l. 10	—	2 cas à St-Jean. 1 cas au Stuyvenberg.
—	0 l. 56	—	4 cas à St-Jean. 3 cas au Stuyvenberg.
—	2 l. 48	—	15 cas à St-Jean. 17 cas au Stuyvenberg.
—	1 l. 93	—	17 cas à St-Jean. 16 cas au Stuyvenberg.
—	2 l. 39	—	23 cas à St-Jean. 15 cas au Stuyvenberg.
—	2 l. 52	—	25 cas à St-Jean.

Si nous traduisons la consommation d'alcool par Belge moyen en alcool absolu, nous obtenons le tableau suivant :

1910 : 9 l. 774					
1913 : 9 l. 81 et 58	collocations	pour alcoolisme à St-Jean.			
1916 : 3 l. 755 et 9	—	—			
1917 : 2 l. 54 et 5	—	—			
1918 : 2 l. 55 et 2	collocations	pour alcoolisme à St-Jean	et	1	au Stuyvenberg.
1919 : 4 l. 68 et 4	—	—		3	—
1920 : 5 l. 988 et 15	—	—		17	—
1921 : 6 l. 57 et 17	—	—		16	—
1922 : 7 l. 766 et 23	—	—		15	—
1923 : 8 l. 81 et 25	—	—			

Il est certain que les chiffres de St-Jean sont assez peu étendus, mais malgré cela, ils suivent avec un remarquable parallélisme ceux de la consommation de l'alcool absolu contenu dans toutes les boissons. Remarquons cependant que la courbe des collocations tombe plus vite que celle de la consommation, et qu'elle est 29 fois moins élevée alors que la consommation est réduite au 1/4 environ de celle de 1913, et qu'en 1923, lorsque la consommation d'alcool absolu est des 8/9 environ de celle de 1913, les collocations n'atteignent pas la 1/2 de

celles d'avant-guerre : 1 litre d'alcool absolu en moins dans la consommation moyenne entraîne donc de grandes améliorations dans les phénomènes sociaux de l'alcoolisme.

Enfin, j'insiste sur ce fait qu'avant guerre nous avions 9.286 hommes aliénés indigents et 1.108 payants, contre 7.551 femmes aliénées indigentes et 1.481 payantes ;

Après guerre les chiffres tombent en 1921 à 7.638 hommes aliénés indigents et 856 payants contre 7.614 femmes aliénées indigentes et 1.232 payantes ;

En 1923, à 6.610 hommes aliénés indigents et 961 payants contre 7.264 femmes aliénées indigentes et 1.425 payantes.

L'aliénation mentale a donc diminué en Belgique depuis la guerre et elle a diminué plus fortement chez l'homme que chez la femme, à tel point que les aliénés hommes qui étaient 1.731 en plus dans les asiles en 1913 que les femmes, sont en 1923 à 654 en moins que les femmes bien que celles-ci soient moins nombreuses qu'en 1913.

C'est un fait connu par les anciens aliénistes : la femme est naturellement plus prédisposée à l'aliénation mentale que l'homme, mais si celui-ci s'alcoolise fortement il y a plus de cas d'aliénation chez l'homme que chez la femme. On peut dire que si la femme devient folle, l'homme se rend fou par sa faute en buvant.

Ces quelques chiffres sont éloquents. La loi de 1919 est une loi efficace contre l'alcoolisme. C'est du reste pour cela qu'on l'attaque avec autant de violence. Si elle avait été semblable à la loi sur l'ivresse publique, qui n'a jamais diminué l'alcoolisme d'un cas en Belgique, on en aurait simplement ri ; aujourd'hui on la voue aux gémonies, c'est qu'elle est efficace.

Cependant la loi de 1919 présente des défauts, elle n'interdit pas la consommation des boissons distillées par 2 à 6 litres, ni celle des bières au delà de 5 0/0 d'alcool et des vins de plus de 12 0/0.

C'est une erreur qui permet aux marchands d'alcool de nous fournir une foule de boissons additionnées d'alcool distillé (bières anglaises, vins liquoreux: porto, etc.).

Elle n'a pas prévu l'éducation systématique du Belge, contre l'alcoolisme.

Les subsides aux Sociétés antialcooliques sont devenus dérisoires, bien que l'Etat recueille près de 300 millions d'impôts sur l'alcool, il ne donne que 40.000 francs pour la lutte contre l'alcoolisme.

C'est par ces fissures que le vice alcoolique se réinstalle chez nous et que le sérieux effort de nos législateurs de 1919 vers le bien a été entravé.

Malgré cela, il a été efficace et nous a empêché, dans le désarroi d'après-guerre, de nous livrer à un alcoolisme effréné.

Le frein a agi, s'il s'use il faudra l'améliorer pour arriver à faire de la saine prophylaxie mentale.

Discussion :

M. Wenger (de Luxembourg) souligne l'intérêt avec lequel les résultats de la loi de 1919 sont poursuivis à Luxembourg ; aussi la Société luxembourgeoise contre l'alcoolisme vient-elle d'adresser à la Chambre des députés une pétition demandant que le corps législatif mette à l'étude l'introduction d'une loi similaire dans le Grand-Duché.

L'Activité de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale

Par le Docteur Ernest DE CRAENE (de Bruxelles),
Secrétaire général de la Ligue.

Il est certain que l'étude approfondie des psychoses, de leurs signes cliniques, des lésions anatomiques et des troubles humoraux qui dans certains cas les conditionnent, offre au point de vue scientifique un intérêt de tout premier ordre et cela d'autant plus qu'elle nous permet dans une certaine mesure de comprendre le fonctionnement cérébral normal. Toutefois ceux qui ont la charge de soigner les malades mentaux demandent surtout à cette étude la solution de ces problèmes angoissants : comment atténuer leurs maux, comment s'efforcer de les guérir ? D'autre part, la question de la prophylaxie, primordiale au point de vue social, se pose ici comme dans tous les autres domaines de la médecine.

Certes il serait injuste de méconnaître que des efforts méritoires ont déjà été accomplis dans ce sens : il est de toute évidence que lutter contre l'alcoolisme et la syphilis c'est faire de la bonne prophylaxie mentale.

Mais les problèmes à résoudre sont si complexes, ils s'imposent en ce moment d'une manière si impérieuse à l'attention de tous ceux qui ont une compréhension nette et claire de leurs devoirs sociaux qu'il n'est pas étonnant qu'un mouvement d'une importance considérable se soit produit en faveur du développement de l'hygiène mentale.

Tous les psychiatres savent quel labeur la Ligue d'Hygiène mentale des Etats-Unis a accompli sous l'impulsion de son fondateur, le grand philanthrope Clifford Beers. Il nous a été donné aussi d'admirer plus près de nous le merveilleux développement de l'action de la Ligue française.

Auprès de ses aînées d'Amérique et de France, la Ligue Nationale Belge d'Hygiène mentale n'occupe qu'un rang modeste. Toutefois il nous a paru utile d'exposer brièvement les conditions dans lesquelles s'exerce son action et les résultats qu'elle a obtenus.

Elle a pour but l'étude des questions relatives à l'Hygiène Mentale tant chez les normaux que chez les anormaux mentaux.

Pour atteindre ce but elle s'efforce :

1° de grouper et de seconder, *sans s'immiscer dans leur fonctionnement,* les œuvres de prévention, d'éducation, de traitement et de patronage existant déjà et d'en créer là où leur nécessité s'impose ;

2° de propager les principes de Prophylaxie et d'Hygiène mentales dans les domaines pédagogique, militaire, administratif et social.

Fondée il y a deux ans et demi, la Ligue eut la bonne fortune de recueillir immédiatement l'adhésion de toutes les personnalités qui, dans notre pays, s'occupent d'hygiène mentale: de tous les partis politiques les appuis lui parvinrent nombreux et, dès le début, les pouvoirs publics voulurent bien s'intéresser à ses travaux.

Il n'est pas inutile d'insister sur les méthodes de travail qui furent suivies.

A raison de la multiplicité des domaines dans lesquels l'hygiène mentale joue un rôle de premier ordre, il fallait, pour faire œuvre pratique, appliquer le principe fécond de la division du travail. Aussi créa-t-on au sein de la Ligue des sections qui se partagèrent l'étude des questions les plus importantes et les plus urgentes de l'hygiène mentale.

Ces sections groupant des personnalités d'une compétence éprouvée, médecins, juristes, pédagogues, hommes et femmes d'œuvre ont accompli la plus grande partie du travail effectif de la Ligue.

Des sections distinctes s'occupèrent respectivement de l'hygiène mentale des enfants normaux, de l'hygiène mentale des adultes normaux, de l'hygiène mentale dans le milieu militaire, de l'hygiène mentale des travailleurs industriels, des anomalies mentales de l'enfance, de la prophylaxie et du traitement des maladies mentales, des problèmes juridiques d'assistance des psychopathes et anormaux de l'esprit, des toxicomanies, de l'hygiène mentale des délinquants, de l'assistance préventive du vagabondage.

Sans donner le détail des travaux accomplis et des travaux en cours, signalons que ces sections se sont occupées du surmenage scolaire et de ses répercussions nerveuses et psychiques ; de l'hygiène mentale de l'employé de bureau ; de re-

cherches méthodiques pour déterminer les meilleurs tests de l'attention ; de l'organisation d'une œuvre nationale de prévention et de reclassement des chômeurs, des vagabonds et des mendiants ; de la création d'un office central de reclassement des condamnés libérés ; de la lutte contre les toxicomanies ; de la création de services ouverts pour certaines catégories de malades mentaux.

La diversité des questions traitées nécessite évidemment l'existence d'un organisme de liaison représenté en l'occurrence par un comité exécutif composé de quelques membres restant en contact permanent, coordonnant les efforts, suscitant les initiatives, dirigeant l'action générale de la Ligue.

Il est à remarquer que celle-ci a été amenée par la force des circonstances à s'occuper sous un jour un peu particulier de problèmes faisant l'objet des préoccupations d'autres groupements. Fidèle au principe inscrit en tête de ses statuts, elle a cherché à concourir au bien général par une action commune ou parallèle. Elle y a toujours réussi. C'est d'ailleurs sur sa proposition que fut constitué, sous la direction de la Croix-Rouge de Belgique, un comité national des œuvres d'hygiène.

Parmi les initiatives prises par la Ligue, signalons qu'elle a porté son attention sur le problème du dépistage précoce des enfants anormaux, condition indispensable d'une thérapeutique vraiment efficace. La section pédagogique et celle qui s'occupe des anomalies mentales de l'enfance pédagogique et celle qui s'occupe des anomalies mentales de l'enfance coordonnèrent leurs efforts afin de préciser les règles permettant d'examiner à ce point de vue, les enfants de moins de trois ans. Ces règles furent ensuite exposées dans un cours spécial suivi par de nombreuses infirmières.

Tous ceux qui s'occupent d'hygiène mentale savent de quelle importance est la collaboration d'infirmières soigneusement spécialisées. Mais en outre il est essentiel si l'on veut faire de la bonne prophylaxie mentale de s'assurer le concours de toutes les infirmières (infirmières visiteuses, infirmières scolaires), ainsi que des diverses assistantes sociales (surintendantes d'usines, etc).

Aussi est-il indispensable, au cours de leur formation professionnelle, d'attirer leur attention sur ces problèmes et de leur donner les notions principales qui permettront aux unes de faire un premier dépistage, aux autres de comprendre nos principes et de les propager dans le milieu où s'exerce leur activité.

Les infirmières visiteuses sont irremplaçables. Pénétrant dans les familles dont elles deviennent de plus en plus les conseillères écoutées, elles peuvent par persuasion orienter les anormaux et les déficients mentaux vers les consultations médicales et médico-pédagogiques où ils trouveront des conseils éclairés et une aide efficace.

Et cela nous amène à insister sur la nécessité d'organiser des dispensaires d'hygiène mentale régionaux, conçus de manière à pouvoir résoudre avec souplesse, simplicité et rapidité les multiples problèmes médicaux, pédagogiques et sociaux qui leur seront soumis.

Certes, on ne peut espérer créer facilement des dispensaires aussi parfaits que celui de l'Asile Sainte-Anne. Cependant pour répondre à leur destination et produire le maximum d'effet utile, ces dispensaires doivent comprendre des consultations médico-mentales pour adultes et pour enfants, dirigées, à raison même de la difficulté du dépistage et du triage ainsi que de l'importance des mesures de traitement ou de préservation sociale à mettre en œuvre, par des médecins réellement compétents en psychiatrie. Il faut de plus pouvoir hospitaliser certains consultants pendant le temps nécessaire pour pratiquer les examens biologiques indispensables dans certains cas à la détermination précise du diagnostic. Ces dispensaires doivent en outre posséder des consultations médico-pédagogiques ainsi qu'un service permettant de donner des indications au point de vue de l'orientation professionnelle.

Ajoutons que le complément indispensable est un service social bien organisé, ayant pour mission de faire les enquêtes dans le milieu social, professionnel et familial des intéressés, d'assurer l'observance des règles thérapeutiques ou hygiéniques conseillées.

La Ligue belge d'hygiène mentale a également consacré une grande part de son activité à la propagande. Elle s'est efforcée de propager les principes généraux de l'hygiène mentale dans le grand public par des tracts, par des conférences données dans les milieux les plus divers. Grâce à la Croix-Rouge de Belgique elle a pu par la radiophonie atteindre les innombrables sans-filistes du pays. Elle a tenté de plus de convaincre l'opinion publique de l'importance sociale et de la nécessité urgente des réformes qu'elle préconise.

Par sa propagande et par ses réalisations pratiques, la Ligue a fait la preuve de son utilité. Son autorité morale est

réelle. Aussi a-t-elle eu à diverses reprises la joie de voir réclamer son appui pour faciliter la réalisation d'initiatives généreuses.

De plus, dans notre pays où l'esprit régionaliste est vivace et constitue sur le terrain tant provincial que communal un facteur d'émulation et de progrès, la vitalité de notre association se marque par la création de comités provinciaux et locaux actifs et puissants.

Le bref exposé que je viens de faire, vous aura montré que notre Ligue n'est nullement un organisme susceptible de devenir suivant une formule caustique, mais souverainement injuste, une ligue contre les aliénés.

Sa seule et noble ambition c'est de parvenir avec le concours de toutes les bonnes volontés, à donner, en sauvegardant sa flamme intellectuelle, un peu plus de bonheur à l'humanité meurtrie.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

TENUE A BRUXELLES, AU PALAIS DES ACADÉMIES LE 5 AOUT 1924

PRÉSIDENCE : M. ERN. DE MASSARY
Président français de la XXVIIIe Session

M. René CHARPENTIER, *secrétaire permanent*. — Messieurs, je dois d'abord vous exprimer les regrets de membres qui, retenus loin de nous, n'ont pu assister à nos séances, M. le Professeur Pitres (de Bordeaux), ancien président du Congrès, MM. Forman (de Luxembourg) et Santenoise (de Besançon), anciens secrétaires généraux, M. le Professeur Jude (du Val-de-Grâce), M. le Dr Salvador Vivés, vice-président et délégué de l'Académie des Sciences médicales de Catalogne, MM. Allamagny et Fillassier.

De ceux, fidèles collaborateurs de notre Congrès, qui manquent ici aujourd'hui pour la première fois, laissez-moi évoquer deux noms. Deny, notre ancien président, dont M. de Massary a salué la mémoire, fut un des animateurs de ces réunions scientifiques. Il se faisait une joie d'assister sur la terre belge, qu'il aimait tant, à notre XXVIIIe session. Laissez-moi dire que les liens qui m'unissaient à ce Maître vénéré, me rendent particulièrement douloureuse cette perte qui nous atteint tous.

Le Dr Famenne (de Florenville) assistait à toutes nos sessions. Il avait l'estime de tous et ne comptait parmi nous que des amis. Seule la mort pouvait interrompre une collaboration dont l'activité et la fidélité ne se démentirent jamais.

L'ordre du jour de notre assemblée appelle d'abord l'exposé par M. le Dr Santenoise, Secrétaire général, du compte rendu financier de la XXVIIe session tenue à Besançon du 1er au 7 août 1923. M. Santenoise, retenu à l'Asile de Saint-Ylie par ses fonctions, m'a chargé de vous en donner lecture.

Compte rendu financier de la XXVII[e] Session (Besançon, 1923)

Recettes :

188 membres adhérents à 30 fr.	5.640 »
39 établissements hospitaliers à 30 fr.	1.170 »
51 membres associés à 15 fr.	765 »
Subvention du Conseil général du département du Doubs	3.000 »
Subvention de l'Asile d'aliénés de Saint-Ylie (Jura)	2.000 »
Intérêts à 3 0/0 de fonds déposés (compte courant) à la Société Générale à Dôle	170 50
Total	12.745 50

Dépenses :

Notes des imprimeurs	6.925 25
Gratifications distribuées à Besançon pendant le Congrès	305 »
Dactylographie	40 »
Frais généraux (correspondance, envois de programmes, de cartes, de rapports, etc.)	470 25
Total	7.740 50

Balance :

Recettes	12.745 50
Dépenses	7.740 50
Excédent de recettes	5.005 »

Cinq mille cinq francs.

Saint-Ylie, le 26 juillet 1924.

Le Secrétaire général du Congrès de Besançon,
D[r] Santenoise.

Messieurs, je n'ai pas besoin de souligner combien un tel résultat est remarquable. Il ne faudrait pas que les splendeurs du présent nous fissent oublier les efforts et les réalisations d'un récent passé. Le D[r] Santenoise a réalisé ce tour de force d'organiser à plus de trente kilomètres de sa rési-

dence, et dans un département voisin, une session en tous points parfaitement réussie, et qui nous a laissé à tous, le plus agréable des souvenirs. Il fut admirablement secondé dans cette tâche ingrate par Mme Santenoise, dont nous avons tous apprécié le souriant et actif dévouement. Le résultat qu'il nous apporte aujourd'hui, contribuera à la prospérité toujours plus grande de notre Congrès.

Je vous propose d'approuver les comptes de la session de Besançon (1923), et de voter, par acclamations, des félicitations et des remerciements au Dr Santenoise, Secrétaire-général.

[Cette proposition mise aux voix par le Président est unanimement adoptée.]

Messieurs, le compte rendu financier dont je viens de vous donner lecture, est la meilleure des préfaces à l'exposé de la situation morale et matérielle du Congrès. En dépit de pronostics à dessein assombris et que les faits démentirent, le Congrès qui réunit en des assises communes, les aliénistes et les neurologistes de France et des pays de langue française, fait preuve d'une vitalité et d'une prospérité, chaque année grandissantes.

Le Gouvernement Belge a bien voulu lui faire cette année le plus flatteur accueil. Les délégations officielles des Gouvernements, des Facultés et des diverses Sociétés Savantes, sont à chaque session plus nombreuses. Onze nations, vous le savez, sont aujourd'hui représentées ici.

Le nombre total des adhésions atteint 423, et ne fut égalé dans aucune session antérieure. Ce résultat a été obtenu malgré les frais du voyage et l'augmentation notable des tarifs des chemins de fer. Avec une ténacité inlassable, notre président français, M. de Massary, et notre secrétaire-général, le Professeur Ley, ont tenté vainement d'obtenir des chemins de fer français et belges, les avantages et les réductions de prix, accordés avant-guerre aux adhérents et aux associés de notre Congrès. Pas plus que les années précédentes, nous n'avons rien pu obtenir.

Je voudrais cependant signaler aux membres du Congrès qui pourraient l'ignorer, que, d'après le tarif n° 8, G. V., 108, les personnes voyageant en France, par groupe de vingt au moins, pour des excursions scientifiques, ont droit à une réduction de 40 0/0. La demande, qui ne peut évidemment

être l'œuvre que de groupements locaux ou régionaux, doit être faite quinze jours à l'avance, indiquer l'objet du voyage, l'intinéraire choisi et le nom des voyageurs.

Les membres du Touring-Club de France peuvent, dans les mêmes conditions, obtenir cette réduction de 40 0/0 en voyageant par groupe de dix, et en adressant leur demande huit jours à l'avance. Tous les membres français du Congrès se font assurément un devoir de faire partie de ce groupement, qui rend de si grands services, et dont notre très distingué collègue, le Dr Marcel Briand, est l'un des vice-présidents. Ils en recueilleront, parmi beaucoup d'autres avantages, le bénéfice d'une réduction très importante sur le prix du voyage en chemin de fer lorsqu'ils viendront assister aux sessions ultérieures du Congrès.

Enfin, grâce à la prévoyance de mes prédécesseurs, M. le Prof. Henry Meige et M. René Semelaigne, grâce à la sage administration des secrétaires généraux que vous avez su choisir, toutes les sessions d'après-guerre, ont laissé un solde créditeur venu comme cette année, grossir le fonds de réserve du Congrès, dont la situation financière peut être considérée comme très prospère. A la date du 26 juillet 1924, l'avoir en réserve du Congrès se monte à la somme de 30.829 francs, 34 centimes.

Pour le présent, j'ai un double devoir à remplir : celui de la reconnaissance, qui n'est lourd qu'aux esprits indigents et aux cœurs fermés, celui si doux de l'amitié.

Mon cher Ley, souviens-toi. C'est aujourd'hui le quinzième anniversaire de notre amitié. C'est en effet, l'Assemblée Générale de Nantes, en août 1904, qui ayant à choisir le sujet d'un rapport de médecine légale pour la session suivante, celle de Bruxelles-Liège, décida tout naturellement de te confier l'étude des rapports de l'Alcoolisme et de la Criminalité. Suivant la tradition, il fallait également désigner un rapporteur français. Sous l'inspiration d'un maître regretté, qui fut un des créateurs de ce Congrès et dont le souvenir laisse flotter sur nos séances, comme un voile de deuil, le Professeur Régis, l'Assemblée me fit l'honneur de choisir mon nom. Nous ne nous connaissions pas. Après avoir causé du sujet qui nous était confié, une telle identité de vues se révéla d'emblée, que nous décidâmes d'un commun accord de rompre avec la coutume et de ne pas établir deux rapports séparés, l'un

belge, l'autre français, mais un seul rapport franco-belge. De cette collaboration, effective et complète, date pour nous et nos deux familles, une amitié qui ne s'est jamais refroidie.

Plus heureux que tant d'autres, séparés de ceux qui leur étaient chers, par une muraille de feu, la guerre ne nous laissa pas ignorants l'un de l'autre. Ton fils, ce brave Jacques, notre dévoué secrétaire des séances, échappé de Belgique, dès sa seizième année au péril de sa vie, dans les bas-fonds des chalands qui cheminent vers la Hollande sur vos canaux, et venu en France, chercher pour la défense de nos deux patries, une mort qui heureusement l'épargna. Jacques servit de liaison entre nous, et put nous faire savoir l'un à l'autre ce que nous étions devenus.

Aujourd'hui, cette même terre Belge qui nous vit rapporteurs de la même question, nous voit collaborer au secrétariat du même Congrès. Je n'ignore pas que c'est l'amitié qui triompha de tes hésitations et te fit accepter malgré d'absorbantes occupations l'ingrat labeur que tu as mené à bien avec tant de succès. Je ne le regrette pas. Grâce à cela, tous ceux qui ne connaissaient encore que ta grande valeur scientifique, savent maintenant tes qualités d'organisation et de dévouement. A leur estime pour le savant, ils joindront désormais leur amitié pour l'homme.

Tu as été merveilleusement secondé dans cette redoutable tâche, par l'inégalable Mme Ley. Elle peut être satisfaite de la perfection de ses résultats. Je sais depuis longtemps la sûreté de son amitié, la richesse de son esprit, la délicatesse de ses sentiments. Elle a bien voulu utiliser pour nous ses remarquables qualités d'ordre, de méthode, de direction. Aucun détail n'a pu lui échapper. Elle a su réaliser une organisation en tous points parfaite, malgré la multiplicité de nos déplacements. Qu'elle sache que le mal qu'elle s'est donné, n'est point passé inaperçu, en dépit de l'aimable et souriante façade qu'elle a su donner à son œuvre. Qu'elle sache que tous ici sont devenus ses amis, et ont l'irréalisable désir de faire un jour pour elle, ce qu'elle a fait pour chacun de nous.

Ce n'est pas un moindre mérite que d'avoir su grouper autour de vous, ces jeunes élèves de l'Ecole d'Assistance Sociale. Elles ont, pour leur début, assisté notre Congrès, et, dans ces fonctions nouvelles, ont ajouté pour nous au charme de leur sourire, la coquetterie d'un labeur assidu. Mesdemoi-

selles, recevez ici, je vous prie, les remerciements reconnaissants de tous. Nous espérons que votre collaboration ne cessera pas à l'heure où le secrétariat va fermer ses portes. Nous vous prions de bien vouloir être des nôtres jusqu'à la clôture de la session, assister aujourd'hui à la soirée du Congrès et nous accompagner dans toutes nos excursions.

Messieurs, il peut paraître inopportun de parler de l'année prochaine, en un présent si rempli de vie et quand notre activité est loin de se ralentir. Mais n'est-ce pas une des meilleures qualités et une des forces de l'esprit français que la prévoyance et les vues sur l'avenir.

Vous vous souvenez que l'Assemblée Générale de Besançon a fixé au mois de mai 1925, à Paris, le siège de notre XXIX[e] session, en réponse à une très aimable invitation du Conseil municipal de Paris, transmise par M. Maurice Quentin.

Après entente avec M. le Professeur Etienne Martin, secrétaire-général du Congrès de Médecine légale, et avec M. le Professeur Henry Meige, secrétaire-général de la Société de Neurologie de Paris, qui ont bien voulu accepter mes suggestions et m'aider à les réaliser, notre XXIX[e] session se tiendra du jeudi 28 mai au mardi 2 juin 1925, inclus.

Le Congrès de Médecine légale aura lieu les 25, 26 et 27 mai. Les cérémonies commémoratives du Centenaire de Charcot, la séance mensuelle de la Société de Neurologie de Paris et la Réunion Neurologique internationale, se dérouleront du 2 au 6 juin.

Avec l'Assemblée Générale de l'Association Amicale des médecins des asiles publics d'aliénés (dimanche 24 mai) et la séance solennelle de la Société médico-psychologique (lundi 25 mai), se succèderont ainsi sans hiatus et sans trop de chevauchement, les diverses manifestations neuro-psychiatriques projetées à Paris en 1925. Je remercie ici M. le Professeur Etienne Martin et M. le Professeur Henry Meige grâce auxquels ce résultat a pu être obtenu.

M. Maurice Quentin, actuellement, vous le savez, président du Conseil municipal de Paris a bien voulu agréer les dates choisies pour notre session, accepter de faire partie de notre Comité d'Honneur et de nous recevoir pendant la durée de la session à l'Hôtel de Ville de Paris. Je lui adresse ici nos meilleurs remerciements.

Enfin, M. le D[r] Rayneau, directeur de l'Etablissement

psychothérapique du Loiret, veut bien organiser le dimanche 31 mai, une excursion au cours de laquelle le Congrès visitera sous sa direction, l'Etablissement psychothérapique départemental de Fleury-les-Aubrais, et sera reçu à l'Etablissement, l'un des plus modernes des asiles de France. Ce sera une journée très intéressante et nous remercions M. le D[r] Rayneau de nous montrer cet Etablissement dont il fut l'organisateur et où il fut, en matière d'assistance libre, un précurseur.

Les questions devant faire l'objet de rapports ont été choisies, et les rapporteurs désignés par l'Assemblée Générale de Besançon. Je vous les rappelle :

Psychiatrie: *La Guérison tardive des maladies mentales,* par le D[r] Jean Robert, Médecin-Directeur de l'Asile d'Auch;

Neurologie: *Les Encéphalopathies familiales infantiles,* par le D[r] O. Crouzon, Médecin des Hôpitaux, Président de la Société de Neurologie de Paris ;

Médecine légale: *La Médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique,* par M. le D[r] Marcel Briand, Médecin en chef honoraire des asiles de la Seine.

Pour ce dernier rapport, M. Marcel Briand demande qu'il lui soit adjoint un collaborateur et prie l'Assemblée de désigner à ce titre, M. le D[r] Brissot, médecin-directeur de l'asile de Rouffach.

[Conformément à ce désir, l'Assemblée générale décide à l'unanimité de désigner comme rapporteurs de la question de Médecine légale ci-dessus désignée : MM. Marcel Briand et M. Brissot.]

Le Comité permanent me charge de rappeler aux rapporteurs, qu'aux termes du Règlement, « les rapports consistent « en un simple programme de discussion, avec conclusions, « dont la longueur ne doit pas dépasser seize pages d'impres- « sion, condition absolue... La durée du résumé oral, fait à la « séance fixée par le programme du Congrès, ne doit pas « dépasser vingt minutes. »

« Les manuscrits des rapports doivent être remis (dacty- « lographiés) au Secrétaire-général, deux mois et demi, au « moins, avant l'ouverture de la session. »

Ils devront donc être remis pour la XXIX[e] session *avant le 12 mars 1925.*

J'ajoute, comme chaque année, que le secrétaire permanent, reçoit en tout temps, les demandes de rapports émanant des membres adhérents du Congrès, et les soumet pendant la session, à la réunion du Comité permanent où sont étudiées les propositions à faire à l'Assemblée Générale pour l'organisation de la session suivante.

Vous avez, Messieurs, à compléter le BUREAU de votre prochaine session.

Aux termes du règlement, le vice-président actuel, M. le D[r] ANGLADE (médecin-chef de l'Asile de Château-Picon, à Bordeaux), devient, de droit, *président* de la XXIX[e] session.

M. le D[r] DUPAIN, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, a déjà été désigné par vous, pour remplir les fonctions de *secrétaire général.*

Il vous faut aujourd'hui élire au scrutin secret, à la majorité absolue, le *vice-président* de la session de Paris, qui deviendra de droit président l'année suivante.

Avant que M. le Président ne vous invite à procéder à cette élection, je vous rappelle que tous les deux ans (années paires) l'Assemblée Générale est appelée à élire *deux membres* du *Comité permanent* en remplacement des deux membres du Comité les plus anciennement élus, non immédiatement rééligibles.

Les deux membres sortants cette année sont M. le D[r] KLIPPEL (de Paris) et M. le D[r] ANGLADE (de Bordeaux). Le Comité permanent leur exprime ses regrets d'être obligé par le Règlement de renoncer à leur collaboration expérimentée et vous propose de les remplacer par M. le D[r] Marcel BRIAND (de Paris) et M. le Professeur ABADIE (de Bordeaux).

Comme celle du vice-président, ces élections doivent se faire au scrutin secret, à la majorité absolue. Seuls les membres adhérents du Congrès peuvent prendre part à ces élections.

M. E. DE MASSARY, *président.* — Messieurs, les urnes vont circuler pour recueillir les bulletins. Je vous prie de bien vouloir écrire en tête le nom du vice-président et, au-dessous, les noms des deux membres du Comité permanent.

Comme vice-président, le Bureau ne croit pouvoir mieux faire que de vous proposer le nom qui est sur toutes les lèvres, celui du D[r] René Semelaigne, dont vous connaissez tous la fine érudition et le dévouement à notre Congrès dont il fut le secrétaire permanent.

M. René CHARPENTIER. — Pendant le dépouillement du scrutin, permettez-moi d'achever ce trop long exposé.

Nous en aurions terminé avec l'ordre du jour de cette Assemblée Générale, si nous n'avions reçu deux invitations également pressantes et également désirables pour le siège de notre XXX[e] session. Ces deux invitations, pour des raisons d'organisation locale, s'accompagnent du très vif désir de voir l'Assemblée Générale prendre dès aujourd'hui une décision.

L'une, déjà transmise l'an dernier par M. Poylo, Directeur de la Maison de Santé Départementale de la Seine-Inférieure, émane de M. le Préfet de ce département. M. le Préfet, nous rappelant fort aimablement que « Rouen eut déjà le privilège de recevoir, en 1890, le premier Congrès de Médecine Mentale », nous invite à tenir à Rouen notre prochaine session. Nos amis Rouennais savent que rien ne nous serait plus agréable que de nous réunir très prochainement à Rouen et, avant toute décision de l'Assemblée, nous remercions très vivement M. le Préfet de la Seine-Inférieure de son invitation dont nous sentons tout le prix.

L'autre émane de la Société Suisse de Psychiatrie qui a décidé, à l'unanimité, d'inviter notre Congrès à tenir en Suisse, à Genève et Lausanne, sa session de 1926. Il y aura alors, Messieurs, dix-neuf ans que notre Congrès n'aura tenu en Suisse ses assises. La dernière session tenue en Suisse le fut en 1907 à Genève et Lausanne. De 1914 à 1920, le rythme de nos sessions fut interrompu par la guerre. La première session qui suivit fut tenue dans l'Alsace reconquise, toute frémissante encore d'un demi siècle de joug. Puis vint le tour du Luxembourg, libéré d'une vassalité qui fit s'épanouir dans ses jardins, plus nombreuses et plus vivaces que jamais, les fleurs de la pensée française, de la Belgique devant laquelle, sur l'heureuse initiative de notre président, nous nous sommes pieusement inclinés hier à Louvain, avec une profonde et poignante émotion. Demain nous nous réunirons à Paris, proie insaisissable sous les yeux du Barbare, sirène qui attira et conduisit

inéluctablement son navire à l'écueil et au naufrage irrémédiable. Votre Comité permanent vous propose, acceptant cette dernière invitation, d'aller ensuite vers la Suisse amie, compatissante, charitable, hospitalière, qui vibra de nos espérances et de nos joies, souffrit de nos douleurs et s'appliqua à panser nos blessures. Nombreux sont les foyers, en Belgique et en France, où lorsqu'on prononce son nom, les yeux se troublent des larmes de la reconnaissance. Votre Comité permanent vous propose de tenir à Genève et à Lausanne le siège de votre XXX[e] session, au mois d'août 1926.

(Mise aux voix par le P¨ésident, cette proposition est adoptée à l'unanimité, par acclamations.)

L'organisation de cette XXX[e] session dont vous venez de fixer le siège, sera faite l'an prochain à Paris. Je puis cependant vous indiquer dès maintenant que M. le Professeur Bleuler (de Zurich) a bien voulu accepter de faire en français sur la Schizophrénie le rapport de Psychiatrie. M. le D[r] Repond (de Malevoz-Monthey), président de la Société Suisse de Psychiatrie, veut bien accepter de se charger des fonctions de Secrétaire général. Nous les en remercions bien vivement. J'ajoute que des projets sont à l'étude qui permettront aux membres du Congrès de se rendre en Suisse sans avoir à souffrir des vicissitudes du change.

Enfin, Messieurs, une dernière proposition nous a été faite. M. le Prof. Aug. Wimmer, qui sait quelle admiration nous avons pour son œuvre scientifique et quelle affection nous avons pour sa personne, a bien voulu nous inviter à tenir à Copenhague une des sessions ultérieures de notre Congrès de langue française. Son invitation nous a profondément touchés. Nous faisons tous le vœu que des circonstances favorables nous permettent de nous rendre à Copenhague dans l'avenir le plus prochain.

M. E. de Massary, *président*. — Le scrutin a donné les résultats suivants :

1° *Election d'un vice-président*

Nombre de votants : 45.

M. le D[r] René Semelaigne : 45 voix, est élu *vice-président* de la session de 1925 à l'unanimité des suffrages exprimés.

2° *Election de deux membres du Comité permanent*

Nombre de votants : 47. — Majorité absolue : 24.

Ont obtenu :

MM. ABADIE : 46 voix, élu.
Marcel BRIAND : 43 voix, élu.
KLIPPEL : 3 voix (1).
Henri CLAUDE : 2 voix.

MM. ABADIE et Marcel BRIAND sont élus pour six ans membres du Comité permanent du Congrès.

Je suis très heureux de saluer en votre nom le futur Président du Congrès de Genève et de Lausanne. Nous ne saurions, nous Français, être trop fiers de voir nous conduire en Suisse le descendant de notre grand Pinel ; nul ne saurait mieux traduire les sentiments que nous éprouvons pour nos amis Suisses et le respect que nous professons pour leurs savants.

Enfin je suis certain de bien exprimer les pensées que vous avez tous, après avoir entendu le remarquable rapport de notre Secrétaire général permanent, René Charpentier, en le remerciant pour l'inlassable dévouement qu'il prodigue à nos Congrès ; sa méthode, sa fine et courtoise diplomatie, son labeur assurent à nos Congrès des succès sans cesse grandissants. Mais je ne veux pas le séparer de l'ami envers lequel il a trouvé des accents si émus, notre dévoué Secrétaire général, le professeur Auguste Ley. En votre nom, je leur adresse à tous deux nos plus vifs remerciements.

M. René SEMELAIGNE. — Je suis extrêmement touché de la marque de sympathie que vous me donnez. J'hésite pourtant à m'en croire digne, et la considère plutôt comme un prix d'assiduité à nos Congrès. Mais je suis particulièrement heureux que cette désignation, si flatteuse pour moi, ait eu lieu à Bruxelles ; car les Belges, pour nous Français, ne sont pas des étrangers. Le même sang gaulois coule dans nos veines,

---

(1) Membre sortant non immédiatement rééligible.

nos pensées sont les mêmes, nous avons lutté et souffert ensemble aux jours de tristesse et de gloire. C'était hier le 4 août ! Nos fils, il y a dix ans, couraient à la frontière pour sauver la liberté. Nos deux peuples sont désormais unis, dans le bonheur et dans l'adversité, par des liens que rien ne saurait briser, et nos cœurs toujours battront à l'unisson.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

Déjà la veille de l'ouverture du Congrès, les congressistes présents à Bruxelles se sont réunis en une soirée offerte par M. le président Glorieux. Réception cordiale par Mme Glorieux et ses gracieuses jeunes filles, audition musicale, conversations animées, entrain, liens amicaux renoués, on sent que le Congrès est bien vivant et promet une réussite brillante.

Dès l'après-midi du 1er août, les congressistes furent reçus à l'Hôtel de Ville de Bruxelles où M. l'Echevin Dr van de Menlebroeck, remplaçant M. le Bourgmestre Max absent, leur souhaite la bienvenue, leur offrit le thé et leur fit visiter, avec l'aide de M. l'Archiviste Demarez, professeur à l'Université de Bruxelles, les salons du vieil et somptueux édifice communal, symbole historique de la résistance à l'oppression.

M. le Président DE MASSARY prononça l'allocution suivante :

Ce n'est pas sans une émotion profonde que nous faisons à l'Hôtel de Ville de Bruxelles cette visite à laquelle vous nous avez conviés, Monsieur l'Echevin et Messieurs les membres de l'administration communale. Vous nous y recevez avec la plus affectueuse amitié, montrant ainsi la force des liens qui nous unissent à vous, liens renforcés par les souffrances communes, commencées il y a dix ans.

L'émotion nous a saisis lorsqu'au débouché de la rue nous nous sommes brusquement trouvés sur cette place, où les maisons des corporations, l'Hôtel de Ville, nous ont narré, dans leur langage artistique d'une incomparable élévation, la gloire de l'ancienne cité.

Notre émotion s'est accrue quand nous avons pénétré dans cet Hôtel de Ville où tout nous rappelle les moments les plus angoissants de 1914, mais aussi les plus réconfortants. Bruxelles était envahi ; nos armées, trop confiantes en la paix, mal préparées pour la guerre, ne s'étaient pas encore ressaisies ; l'ennemi croyait ne plus rencontrer d'obstacles, quand soudain s'éleva une voix, qui, à une assertion mensongère de l'envahisseur, opposa le démenti le plus formel. Cette voix

grandit dans l'espace, dépassa les frontières, retentit dans le monde entier. M. le Bourgmestre Max, dédaignant le danger, venait de stigmatiser la force insolente. Cet acte d'énergie rétablit l'équilibre. M. le Bourgmestre Max, fils de médecin, calma les anxieux, releva les déprimés, fit magnifiquement ce que nous autres médecins aliénistes et neurologistes tentons journellement de faire dans nos sphères plus modestes.

Je m'incline en l'honneur de M. Adolphe Max, bourgmestre de Bruxelles. Je m'incline en votre honneur, Monsieur l'Echevin, et en l'honneur de MM. les membres de l'administration communale de Bruxelles.

Je m'incline en l'honneur de la ville de Bruxelles, si héroïque pendant la guerre, si belle et si accueillante pendant la paix.

Puis ce fut le même jour une soirée offerte par le Ministre de la Justice et Mme Masson qui reçurent avec leur affabilité coutumière les congressistes et leurs dames dans les salons du Ministère. L'excellent quatuor « Pro Arte » leur donna une exécution remarquable d'auteurs classiques et modernes. M. le Ministre avait tenu à inviter à sa table, avant cette soirée, les membres du Comité et du Comité permanent et quelques délégués officiels.

⁂

Le dimanche 3 août fut une journée de repos. Les congressistes se rendirent à Anvers où ils furent reçus d'abord à l'Hôtel de Ville par M. le Bourgmestre van Cauwelaert. La réception y fut des plus cordiales et il est intéressant de retenir l'invitation qui fut faite officiellement au Congrès de siéger, lors de ses prochaines assises belges, dans la vieille cité flamande.

M. le Président DE MASSARY prononça l'allocution suivante :

MONSIEUR LE BOURGMESTRE,

C'est une journée de repos pour nous que ce dimanche du 3 août ; nous ne pouvions mieux l'employer qu'en acceptant votre très aimable invitation de venir visiter Anvers. Nous vous remercions vivement de votre accueil si cordial. Nous allons faire, grâce à vous, une incursion dans le passé puis nous prendrons connaissance de toutes les ressources d'une ville prodigieusement moderne.

Sur la place, les maisons des corporations nous ont éloquemment évoqué la vie communale d'autrefois ; ici-même, les magnifiques peintures du baron Leys reconstituent pour nous les costumes, les coutumes, l'architecture et le mobilier du xv[e] et du xvi[e] siècles. Tout à l'heure la traversée de l'Escaut nous montrera l'activité de la Métropole commerciale de la Belgique, que dis-je, de l'Europe occidentale. Cet après-midi nous admirerons la cathédrale, qui s'agenouille non loin dans sa magnifique robe de pierres. Nous verrons le musée Plantin, vénérable maison de ce Tourangeau avisé qui importa dans les Pays-Bas l'amour des belles éditions, des beaux livres et qui donna à l'art de la gravure une impulsion extraordinaire. Enfin au Musée des Beaux-Arts nous connaîtrons Rubens, la gloire la plus pure d'Anvers ! Fatigués peut-être, mais ravis, nous nous reposerons au Jardin Zoologique et demain nous serons de nouveau dispos pour reprendre nos travaux.

En peuplant ainsi notre conscience et notre subconscience d'images de Beauté, d'Activité et de Force, vous faites, Monsieur le Bourgmestre, de la psychothérapie et de la meilleure. Ces images refoulent les images, beaucoup moins élevées, auxquelles une certaine école attribue un rôle prépondérant dans la genèse de nos pensées et de nos actes.

Soyez donc loué, et acceptez, Monsieur le Bourgmestre, ainsi que la ville d'Anvers, nos remerciements les plus sincères pour le haut enseignement que vous nous donnez et pour la délicieuse journée de repos que vous nous offrez.

Après avoir traversé l'Escaut et admiré la perspective du port et de la cathédrale, les congressistes visitèrent le Musée Plantin, conduits par M. le Professeur Sabbe, conservateur, puis la Cathédrale et le Musée des Beaux-Arts.

L'administration communale offrait l'après-midi un thé au Jardin Zoologique. C'est là que M. le Président de Massary eut l'occasion de remercier une dernière fois en ces termes la ville d'Anvers en la personne d'un des membres du collège échevinal :

Monsieur l'Echevin,

Notre charmante journée de repos s'est passée comme elle s'était annoncée. Nous avons eu des visions d'art, des visions de force, des visions d'activité. Partout, sur l'Escaut, dans les

musées, à la cathédrale, dans la maison Plantin, nous avons été accueillis, avec la cordialité la plus charmante.

Dans le cours de nos promenades, j'ai entendu, Monsieur l'Echevin, un horrible calembour ; excusez-moi de vous le répéter : « l'Anversois est bon envers soi ». C'est possible, c'est son droit, et j'ajouterais même son devoir. Mais il est bon aussi envers les autres. Son accueil, si cordial, nous le démontre.

Vous avez l'amabilité, Monsieur l'Echevin, de nous inviter à tenir notre prochaine session belge en votre belle cité et vous ajoutez que la ville d'Anvers sera toujours heureuse de nous recevoir. La journée d'aujourd'hui, si heureuse pour nous, est un sûr garant des efforts que nous ferons pour revenir. C'est donc au revoir que nous vous disons, Monsieur l'Echevin, en même temps que nous vous renouvelons nos plus vifs remerciements.

⁂

Le lundi 4 août fut la journée de *Louvain* et *Malines.*

Reçus l'après-midi à l'Hôtel de Ville de Louvain par le Collège Echevinal, les congressistes, après avoir admiré le joyau miraculeusement échappé aux flammes de l'incendie, furent salués par l'Echevin de la ville remplaçant le Bourgmestre et assurés des liens de sympathie qui unissent la Belgique à la France.

M. de Massary lui répondit en ces termes :

Monsieur l'Echevin,

Ce matin, en sortant de chez moi, j'ai entendu une cloche voisine tinter ; dans le lointain d'autres cloches répondaient. J'ai appris que toutes les cloches de la Belgique sonnaient le glas ou le tocsin. C'est qu'en effet, il y a 10 ans, ce 4 août, le sol sacré de la Belgique fut violé. Et cela parce que le Roi, le peuple Belge, préférèrent accepter les horreurs de la guerre plutôt que de forfaire à l'honneur.

Ce jour est donc bien choisi pour faire un pèlerinage à Louvain, à la ville martyre.

Je m'incline devant vous, Monsieur l'Echevin, qui la représentez.

Mes chers amis, inclinons-nous et gardons le silence. Prenons la posture des fidèles, qui, à l'élévation, se courbent devant le tabernacle et sentent passer sur leurs têtes le souffle

de leur Dieu. Nous, nous sentirons planer, au-dessus de nous, le respect que nous devons à Sa Majesté le Roi des Belges, à la Nation Belge tout entière, à la ville de Louvain. Inclinons-nous et silence..

....

Merci, mes chers amis, de ce geste religieux : il ira au cœur de nos amis Belges, mieux que des applaudissements.

Après avoir visité sous la conduite du Prof. Maere les trésors artistiques de la Collégiale, les congressistes furent reçus dans les Halles universitaires en reconstruction, par Mgr Ladeuze, recteur de l'Université, qui stigmatisa en des termes émus et élevés le « crime contre l'esprit », l'incendie de la célèbre Bibliothèque qu'abritaient en 1914 les vieilles Halles gothiques.

M. de Massary lui répondit les quelques mots suivants :

Monseigneur,

Je ne puis rien dire. J'avais cru qu'il n'y avait aucun mot, dans aucune langue, pour traduire cet acte sacrilège : l'incendie volontaire de la Bibliothèque de Louvain !

Je m'étais trompé. Vous venez de trouver ces mots et l'accent qu'ils comportent... Monseigneur, notre émotion est grande...

Après un thé offert dans une des salles de l'ancienne Bibliothèque en reconstruction, les congressistes visitèrent le laboratoire de psychologie du Prof. Michotte et l'annexe psychiatrique de la prison sous la conduite du Prof. d'Hollander.

Le soir même un train rapide transportait à Malines les membres du Congrès. Réception à l'Hôtel de Ville où M. de Massary répond comme suit au discours de bienvenue de l'Echevin :

Monsieur l'Echevin,

Nous n'aurions eu garde d'oublier Malines dans le pèlerinage que nous accomplissons à travers les villes belges. Malines ! Ce nom a si souvent retenti dans nos cœurs pendant les années terribles !

Nous venons déposer aux pieds de Son Eminence le Cardinal Mercier, l'hommage de notre vénération.

Tout à l'heure nous entendrons, dans les jardins de l'archevêché, le concert de carillon donné par M. Jef Denijn, carillonneur en chef de la ville et Directeur de l'Ecole des carillonneurs de Malines. Heure d'art d'une incomparable beauté.

En mettant à notre disposition la salle des fêtes de la ville, en nous accueillant avec une si parfaite cordialité, vous facilitez notre pèlerinage ; recevez donc, Monsieur l'Echevin, nos plus vifs remerciements.

Les congressistes se rendirent ensuite à l'archevêché où le Cardinal Mercier, quoique souffrant, leur fit l'honneur de les recevoir, tint à serrer la main à chacun et à s'entretenir avec les principaux délégués officiels. L'impression que laissa l'accueil fait au Congrès par cette grande figure de la guerre fut profonde et le cadre dans lequel se déroula la réception, l'audition qui suivit du concert de carillon donné par Denijn pour lequel les jardins de l'archevêché avaient été aimablement mis à notre disposition, restèrent gravés dans tous les esprits comme une inoubliable sensation d'art et d'harmonie.

⁂

Le mardi 5 août eut lieu dans les salons du Cercle Artistique la soirée offerte par les Présidents et les membres du Congrès. Le Cercle Musical universitaire de Bruxelles y prêtait son concours et nous donna de remarquables exécutions classiques.

M. l'Ambassadeur de France à Bruxelles et Mme Maurice Herbette qui n'avaient pu à leur grand regret recevoir, comme ils en avaient l'intention, les congressistes, à cause de travaux urgents exécutés à l'immeuble de l'Ambassade, nous ont fait l'honneur d'assister à cette soirée et se sont avec une grande affabilité fait présenter les membres du Congrès et les jeunes artistes du Cercle Musical. — Un excellent buffet était dressé dans la salle voisine et une sauterie animée fit la joie de la jeunesse.

⁂

Le mercredi 6 août, le Congrès se transporta à Gheel, la colonie séculaire où sont soignés en liberté près de trois mille malades.

Guidés par le D[r] Sano et ses médecins adjoints, les congressistes visitèrent l'église de Ste-Dymphe, berceau de l'assistance familiale, puis des maisons de nourriciers, pour finir par la visite des nouveaux pavillons d'admission dans l'un desquels M. le Directeur général Dom avait fait dresser les tables d'un excellent repas.



Grand'place de Gheel un jour de marché

A ce déjeuner, offert par la Colonie et le Gouvernement, M. le Ministre de la Justice Masson, qui présidait la table d'honneur, porta un toast chaleureux au Congrès français et souhaita en termes cordiaux la bienvenue à tous.

M. le Président DE MASSARY lui répondit :

MONSIEUR LE MINISTRE,
MESDAMES,
MESSIEURS,

L'œuvre que nous venons d'admirer est une œuvre séculaire; c'est là sa caractéristique dominante; c'est cela qui la



UNE FERME A GHEEL

rend inimitable ; ici l'on apprend la valeur du temps, qui, ailleurs, ne ménage pas ce que l'on fait sans lui. Il y a des siècles un miracle se produit ; d'autres miracles lui succèdent ; des pèlerins viennent demander à Dieu la guérison de leurs misères ; Ste-Dymphe se construit ; des chambrettes s'accrochent à l'Eglise ; elles logent des pèlerins ; mais ceux-ci deviennent trop nombreux, ils se répandent dans les maisons

voisines, chez les habitants. Et ainsi se constitue, de générations en générations, une population, saine, habituée à recevoir, à comprendre, à soigner les aliénés. Pour nous, médecins, c'est là qu'est le miracle ; faire vivre côte à côte, se rendant de



MALADE AVEC LES ENFANTS DE SES NOURRICIERS

mutuels services, une population saine et une population d'aliénés, il faut pour cela une longue accoutumance, que le temps seul peut donner.

Qu'avons-nous vu ? Tous les aliénés, depuis le débile inoffensif, condamné à l'enfance à perpétuité, jusqu'au persécuté revendicateur ; tant il est vrai, que nous ne pouvons faire de catégories. Dans une même catégorie, un malade peut être

soigné chez lui, un autre, dans les jardins fleuris de Gheel, un troisième doit être interné dans un asile, tandis que d'autres sont peut-être enfermés dans les cachots des prisons ou mériteraient les chaînes des maisons de sûreté dont je vous parlais dans la séance inaugurale. Il n'y a que des cas d'espèce. Et c'est là que les connaissances cliniques du médecin sont capi-



STE-DYMPHNE

tales ; c'est lui qui décide seul de la direction à donner au malade : Gheel, ou asile. Mais je m'arrête ; il ne faut pas parler de science ; ce n'est pas le lieu dans cette salle à manger fraîchement décorée, devant des dames dont la grâce embellit notre banquet ; et puis, peut-être pourrez-vous trouver, mes chers collègues aliénistes, que, moi neurologiste, je n'ai sur ces sujets, qu'une compétence modérée ! mon rôle est plus modeste, il est tout de remerciements.

Je vous remercie, monsieur le Ministre, de nous avoir permis de visiter cette œuvre séculaire de Gheel, de nous avoir guidé, et maintenant de nous faire l'honneur de présider notre banquet.

Je vous remercie, Monsieur le Directeur Général Dom, qui, pendant notre Congrès, nous avez donné tant de preuves de bienveillance et maintenant nous accueillez dans cette intéressante colonie.

Je vous remercie, monsieur l'Abbé, de nous avoir montré les merveilles de Ste-Dymphe, et de nous avoir narré les miracles, initiateurs de la colonie actuelle.

Je vous remercie, mes chers confrères de la Colonie, de nous avoir guidé dans notre visite. Que le Docteur Sano, que j'ai le plaisir de connaître depuis le Congrès de Bordeaux où je débutais, comme journaliste, aidé par le Secrétaire-général Régis, veuille bien recevoir nos remerciements les plus amicaux et les plus sincères.

Il y eut encore un toast de M. le Conseiller général *Fleurot* qui tint à dire combien la France, qui a fondé sous l'influence du Dr Aug. Marie, plusieurs colonies familiales d'aliénés, doit à l'exemple séculaire de Gheel.

⁂

Le jeudi 7 août, les travaux du Congrès continuèrent à Namur, au Sanatorium de Beau-Vallon, admirablement situé sur une colline dominant la Meuse.

Au déjeuner offert par l'Etablissement, Mgr van Reckem, supérieur général des sœurs de la Charité, souhaite la bienvenue aux Congressistes et les remercie de l'honneur et de l'encouragement que constitue leur visite.

M. DE MASSARY, président, lui répondit en ces termes :

MONSEIGNEUR,

L'intérêt de nos excursions va croissant ; chaque jour nous apporte des enseignements nouveaux. Hier, c'était Gheel, cette œuvre séculaire, où nous avons vu une population, héritière de générations successives, vivre avec des aliénés, êtres étrangers à eux-mêmes et à la société ! Gheel est l'œuvre du temps. Prendre un aliéné, le mettre chez un paysan, ce n'est pas plus imiter Gheel que faire une pelouse en quelques mois n'est

imiter les pelouses séculaires de la Grande Bretagne. Gheel est l'œuvre du temps.

Aujourd'hui, nous visitons une œuvre prodigieusement moderne ; le Sanatorium de Beau-Vallon. Sanatorium, oui, ce mot est à la mode; il a été réclamé par la Société de médecine mentale de Belgique, il est réclamé par de nombreux aliénistes français, quand ils ne demandent pas la désignation d' « Hôpital Psychatrique »! Permettez-moi, Monseigneur, de parler en mon nom personnel, en dépouillant mes fonctions présidentielles, et de déplorer la perte de notre beau vieux mot, si français, d'asile. Asile, lieu de repos, de tranquillité, et aussi de protection, où l'on aime à se réfugier pendant la tempête, avant de courir de nouveaux dangers ! Mais acceptons sanatorium, et celui de Beau-Vallon nous émerveille. Monseigneur, nous ne savons ce qu'il faut admirer le plus, ou l'installation matérielle si propre, qui dispense la lumière, l'air, la gaieté, ou la douce autorité morale des sœurs de la Charité, si calmante pour vos malades ! .

Monseigneur, veuillez donc agréer l'hommage de notre respectueuse admiration pour votre œuvre, et transmettre à ma Révérende Mère Supérieure, sœur de médecin je le sais, nos félicitations les plus vives et notre profond respect.

Ce n'est pas tout; nous savons que pendant la guerre, après avoir essuyé le feu, lors de la monstrueuse agression de Namur, vous avez recueilli nos aliénés des provinces envahies, particulièrement de l'asile de Prémontré, dans l'Aisne. Dans quel état sont-ils arrivés ? Je renonce à le décrire. Vous en avez sauvé un grand nombre, par votre dévouement, par celui des sœurs de la Charité qui avaient pu rester ; pour cela, Monseigneur, nous Français, nous vous prions de croire à notre reconnaissance la plus émue.

Mes chers collègues, une séance va se tenir qui sera la dernière de notre Congrès ; c'est en la clôturant que je devrais vous adresser mes remerciements, mais vous y serez peu nombreux, Namur est trop proche et son attrait trop grand, et je veux que tout le monde les entende ; permettez-moi donc de les faire dès maintenant.

Je remercie mon collègue, le président Glorieux, dont l'affabilité a conquis tous les cœurs ; dès la veille du Congrès, Mme Glorieux et lui ont semé parmi nous la cordialité qui se développa immédiatement et persista sans aucune ombre.

Je remercie notre Secrétaire général, le Professeur Auguste Ley, de l'œuvre si parfaite qu'il a réussie ; dans son travail de chaque jour nous l'avons vu aidé par Mme Ley, avec une si touchante concordance, que nous nous inclinons avec respect devant la complète union qu'ils réalisent et que je ne les sépare pas à l'heure de nos remerciements.

Je remercie notre Secrétaire général permanent, René Charpentier, toujours en éveil, toujours sur le banc de quart, guidant notre navire avec tant de précision que nous ne voyons même pas les écueils qu'il nous fait éviter. Lui aussi est aidé dans sa tâche par Mme Charpentier, qui voudra bien accepter l'hommage de notre reconnaissance.

Et maintenant, mes chers collègues, c'est à vous tous que je dis merci. L'année dernière, un vent auquel nous avons cru une force qu'il n'avait pas, a failli rider le calme habituel de l'affection qui nous unit. Le Congrès de Besançon l'a fait tomber. Il n'en est plus question. Aliénistes et neurologistes sont de nouveau confondus ; vous me l'avez montré en toutes circonstances pendant ces huit jours, si cordialement passés ensemble, et c'est de cela surtout dont je vous remercie. L'année prochaine, à Paris, sous la présidence de notre collègue, M. Anglade, nous communierons tous ensemble, aliénistes et neurologistes, dans la gloire de Charcot dont nous célèbrerons le centenaire. Merci encore, mes chers collègues, et je vous dis à tous, à Paris, dans un an.

La visite et le déjeuner terminés, les dames, auxquelles s'étaient joints quelques congressistes fatigués du travail, se sont rendus en tramway à la Citadelle, ont été reçus à l'hôtel de Ville, par le Bourgmestre, et ont visité ensuite le très intéressant musée d'archéologie, sous la conduite de son aimable et savant conservateur.

⁂

Le vendredi 8 août, bien que le Congrès fût clôturé, une centaine de ses membres se rendaient encore en excursion à la colonie wallonne de Lierneux, où les avait invités l'Administration provinciale de Liège.

Ce fut malgré le temps inclément et le sourire tardif du soleil qui ne consentit à se montrer qu'à la fin de l'après-midi, une journée très intéressante et pleine d'impressions pittoresques et émouvantes.

Le voyage en auto-car, à travers l'Ardenne sauvage, la réception cordiale à la colonie de Lierneux, où l'on admira sous la conduite du médecin-directeur le Dr Massaut les pavillons tout modernes dressés par M. l'architecte Legros, le lunch, les paroles si chaudes et si spirituelles du député permanent Laboulle, laissèrent à tous une vive impression.

M. le Président DE MASSARY les remercia comme suit :

MONSIEUR LE DÉPUTÉ,

Nous vous remercions de l'accueil si cordial que nous recevons de vous, dans cette colonie de Lierneux, si intéressante par ses résultats acquis et par ses promesses. Notre voyage depuis Liège nous a permis d'admirer le pays dans lequel cette colonie s'installe ; ici nous allons voir réunis les deux modes d'assistance aux aliénés, que nous avons étudiés, avant-hier à Gheel, hier à Beau-Vallon. A la colonie familiale s'ajoute un hôpital ; cette idée nouvelle s'annonce comme féconde en résultats pratiques ; la colonie et l'hôpital sont destinés à se rendre de mutuels services et à se compléter harmonieusement. Nous sommes reconnaissants à M. le Gouverneur de la Province de Liège, à vous M. le député, à MM. les membres de la députation permanente, à notre collègue le Dr Massaut, de nous permettre, par votre hospitalité si acueillante, de nous rendre compte des résultats pratiques de cette heureuse conception.

L'excursion se poursuit par la cascade de Coo et après un court passage à Spa où l'on nous montra le souterrain où se cachait le Kaizer, de triste mémoire, l'Administration provinciale nous réunit à Liège autour d'une table somptueusement servie.

M. le Président du Conseil provincial dit aux Congressistes tout l'intérêt que son administration met aux œuvres d'assistance aux malades mentaux et M. de Massary répond en un toast de chaleureux remerciements :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESSIEURS LES MEMBRES DE LA DÉPUTATION PERMANENTE,

Excusez-moi, le temps m'est mesuré. Comme Président du Congrès des aliénistes et neurologistes, j'aurais voulu vous dire combien nous sommes intéressés par l'œuvre psychiatri-

que si importante que vous réalisez dans la province de Liège, à Lierneux, où vous avez allié, dans une conception nouvelle et des plus heureuses, l'hôpital pour maladies mentales, à l'assistance familiale, à Liège, où vous étudiez, d'accord avec le professeur de psychiatrie, notre ancien Président, le Dr Francotte, un dispensaire urbain d'hygiène mentale avec service ouvert pour psychopathes légers et curables.

Comme Français, j'aurais essayé de traduire les sentiments de respect, et permettez-moi de le dire, d'affectueuse émotion que nous ressentons à Liège, ville héroïque, dont la défense dès les premiers instants des années terribles, eût, sur les événements ultérieurs, une influence décisive. Ces sentiments, que je ne puis développer, restent gravés dans nos cœurs.

L'enthousiasme et l'animation semblent s'accroître et la plupart des délégués étrangers qui avaient tenu à assister jusqu'au bout, aux excursions du Congrès, prononcèrent des toats chaleureux. Nous entendîmes successivement Miss Dr Eleanor Kemp (New-York), Sir Frederick Mott (Londres), le Prof. Wimmer (Copenhague), le Dr van der Scheer (Hollande), le Dr Guisan (Suisse), le Prof. Orzechowski (Pologne).

M. René Charpentier, secrétaire permanent, prit ensuite la parole, et prononça l'allocution suivante :

Monsieur le Président du Conseil Provincial,
Messieurs de la Députation Permanente,
Messieurs les Echevins,
Mesdames,
Chers Collègues,

Tout est dit, et je parle trop tard dans un Congrès trop vieux... Mais le rôle d'un Secrétaire n'est pas seulement un rôle de préparation, il lui appartient aussi de constater et d'apprécier des résultats. Il en est un aujourd'hui, fort remarquable. Permettez-moi d'y applaudir avec vous.

Pourtant, et je m'en excuse, ne sortiront pas de ma bouche les sons claironnants de la victoire, mais des paroles empreintes de mélancolie.

Vous tous, Messieurs, qui êtes ici nos hôtes, vous êtes de merveilleux thérapeutes, les meilleurs d'entre nous. L'homme n'a pas l'orgueil de croire à son immortalité. Il sait qu'un jour viendra, peut-être très prochain, où l'aveugle Faux l'arra-

che à la lumière du jour. Le médecin l'ignore encore moins. Et si nous étions tentés de l'oublier aujourd'hui, seraient là pour nous le rappeler les Forts et la Ville de Liège, où tant des vôtres trouvèrent, pour nous défendre, une mort glorieuse.

Mais l'homme a la faiblesse, l'illusion bienfaisante, de croire à la pérennité de son œuvre. C'est là qu'il puise la force et la raison d'agir. Le glas qui sonne la mort des choses auxquelles il participe retentit en lui douloureusement.

Ceux qui virent passer tantôt notre caravane à travers les collines boisées de l'Ardenne, ont aperçu le regard voilé de tristesse que nous jetions sur vos clairs vallons, regard qu'au moment du départ on adresse aux êtres tendrement aimés. Après ces journées passées ensemble, journées pendant lesquelles nos esprits communièrent dans le même idéal scientifique, journées pendant lesquelles nos cœurs vibrèrent à l'unisson dans la pure et profonde affection du plus respecté et du plus admiré des pays, il nous faut, ce soir, nous quitter.

Demain, la plupart d'entre nous auront franchi la ligne conventionnelle qui ne nous sépare pas, et qu'on nomme la Frontière. Loin de moi la pensée de réveiller en vous, ni les douleurs apaisées, ni les ardeurs éteintes, mais où était-elle donc la Frontière aux jours sombres, où, côte à côte, Américains, Belges, Britanniques, Italiens, Français, et tant d'autres, opposaient leur poitrine à la ruée de l'envahisseur et luttaient contre l'asservissement. Il ne saurait y avoir entre nous de frontière. Il n'en est pas où règne un idéal commun.

Tout de même à la mélancolie de la séparation, s'ajoute ce soir, la tristesse du départ. Et vous avez merveilleusement diagnostiqué le trouble légitime, mais profond de notre affectivité. Plus heureux que nous ne le sommes souvent nous-mêmes, vous avez su d'emblée lui appliquer la thérapeutique qui convenait.

Grâce à ce traitement physique et moral, baume merveilleux à nos cœurs, nous nous séparerons ce soir, non plus avec la révolte d'un organisme jeune qui ne sait pas renoncer à la vie, mais avec le sage apaisement du vieillard, ayant achevé son œuvre, et que la mort vient prendre dans le calme souriant d'un beau soir d'été.

De cette bonne action, Messieurs, il convenait aussi de vous remercier.

Mesdames,

Plus nombreuses que jamais, vous êtes venues cette année assister à nos travaux, et participer à nos délassements. Qu'il me soit permis de vous en remercier au nom de tous. Vous êtes l'ornement de notre Congrès. Vous êtes le repos des yeux, le charme de la conversation, la joie du cœur, la douceur du foyer. Venez chaque année plus nombreuses. Venez de tous pays, réunissant ainsi en un double symbole, les deux entités grâce auxquelles il nous est agréable de vivre et pour lesquelles nous aimons à travailler : la Famille et la Société.

M. le député permanent Laboulle en une allocution pleine de finesse et de bonhomie dit les liens d'attachement qui unissent la Wallonie et la Belgique à la France.

Et c'est dans cette atmosphère d'hospitalité cordiale et enveloppante que se clôture définitivement la session du Congrès.

TABLE DES MATIÈRES

IV. — Communications

I. Communications concernant l'aphasie et les troubles du langage

II. Communications de Psychiatrie

III. Communications neurologiques

IV. Communications relatives à l'assistance

V

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 29.848